



НАПРАСНАЯ СМЕРТЬ

причины и профилактика самоубийств

Под редакцией проф. Дануты Вассерман

МОСКВА

СМЫСЛ

2005

УДК 159.923+616.89-008.441.44 ББК 88.37+56.14 Н227

Научный редактор русского издания А.Н. Моховиков

Н 227 Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.

ISBN 5-89357-171-1

Монография является современным практическим руководством в области суицидологии. Она посвящена описанию распространенности и причин суицидального поведения, а также его профилактике. Может быть полезна для профессионалов, работающих в сфере суицидальной превенции (врачей, психологов, психотерапевтов), добровольных помощников (консультантов служб неотложной телефонной помощи), родственников и близких лиц с суицидальными тенденциями, а также для студентов психологических факультетов и медицинских вузов.

ISBN 5-89357-171-1

) ОапШа \Уа\$егтап, 2001 р1г\$1 РиЪМвЪес! т (Не Шиес! Кт\$с1от т 2001 Ыу Магпп Оигшг Ш., Тье 1_луегу Нои\$е, 7-9 ПраН 3(гее[, ЫопсЪп N^1 0АЕ, Еп\$1апс1

) Издательство «Смысл», оформление, 2005 РиЪП\$Бес1 Ыу 1Не а^геетегН итЪ Маг(т ап 1трпп(о1" Тау1ог & Прапс!» Вook;, Ш 11 Ые\у Реиег Ыапе, Ыопйоп ЕС4Р 4ЕЕ, Еп\$1апс1

Содержание

Вступление. Б.Сарасвно.....6

Вступление. Н.Фарбероу.....8

Превенция самоубийств — предпосылки, проблемы,

стратегии. В.Рутц.....	10
Предисловие. Д.Вассерман.....	13
Раздел I. Эпидемиология	
1. Распространенность самоубийств в мире: эпидемиологический обзор (1959 — 2000 гг.)	
Хозе М. Бертолотте.....	17
Раздел II. Теоретическая модель суицидального поведения	
2. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса	
Данута Вассерман.....	28
3. Нейробиология самоубийства и суицидальных попыток	
Дж. Джон Манн, Виктория Аранго.....	47
Раздел III. Группы суицидального риска А. Психические расстройства	
4. Аффективные расстройства и самоубийство	
Данута Вассерман.....	54
5. Алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами и самоубийство	
Данута Вассерман.....	65
6. Тревожные расстройства, симптомы тревоги и самоубийство	
Ян Фосетт.....	76
7. Расстройства пищевого поведения и самоубийство	
Данута Вассерман.....	82
8. Адаптационные расстройства и самоубийство	
Данута Вассерман.....	87
3	
Напрасная смерть, причины и профилактика самоубийств	
9. Шизофрения, другие психотические состояния и самоубийство	
Алек Рой.....	90
В. Расстройства личности	
10. Расстройства личности и самоубийство	
Данута Вассерман.....	97
С. Соматические заболевания	
11. Соматические заболевания и самоубийство	
Юко Лёнквист.....	106
й. Социальные условия	
12. Некоторые социальные факторы самоубийства	
Илкка Хенрик Мякинен, Данута Вассерман.....	114
Раздел IV. Суицидальный риск и его оценка	
13. Негативные события жизни (утраты, внезапные перемены, психические, в том числе нарциссические травмы) и самоубийство	
Данута Вассерман.....	124
14. Опыт негативных событий жизни у суицидентов	
Данута Вассерман.....	133
15. Суицидальные попытки как фактор риска самоубийства: лечение и проспективное наблюдение	
Нильс Реттерстоль, Ларе Мелум.....	140
16. Оценка суицидального риска	
Данута Вассерман.....	149
17. Взаимоотношения суицидента и врача	
Данута Вассерман.....	158
18. Психометрические шкалы оценки суицидального риска	
Пер Бек, Лиз Раабек Ольсен, Андерс Нимеус.....	163
Раздел V. Лечение	
19. Психологическое лечение суицидальных пациентов	
Пол М. Солковскис.....	171

20. Фармакотерапия психических нарушений у суицидальных пациентов Ханс-Юрген Мёллер.....	185
Раздел VI. Частные темы: молодежь и пожилые	
21. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи Алан Аптер.....	192
4	
Содержание	
22. Самоубийство в пожилом возрасте Диего деЛео, Гайа Менегел.....	209
Раздел VII. Превенция	
23. Стратегии в области суицидальной превенции Данута Вассерман.....	219
А. Перспективы здравоохранения	
24. Примеры успешной суицидальной превенции в психиатрической практике Данута Вассерман.....	226
25. Пример стратегии суицидальной превенции: обучение врачей общей практики Вольфганг Рутц.....	233
26. Сотрудничество психиатров и врачей других специальностей Жан-Пьер Субрипе.....	240
27. Условия работы медицинского персонала Данута Вассерман.....	248
28. Семья в процессе превенции и поственции самоубийств: образовательные перспективы в сфере психического здоровья Карен Данн-Максим, Эдвард Дж. Данн.....	254
В. Перспективы общественного здоровья	
29. Перестройка в бывшем СССР: самая эффективная в истории программа суицидальной превенции у мужчин Данута Вассерман, Айри Вярник.....	264
30. Контроль окружающей среды как средство суицидальной превенции Антон Динаре.....	270
31. Имитация самоубийств и роль средств массовой информации Армин Шмитке, Сильвия Шаллер, Данута Вассерман.....	276
32. Суицидальная превенция в школах Данута Вассерман, Вероник Нарбони.....	281
О редакторе.....	290
Об авторах.....	292
Предметный указатель.....	299

Вступление

Самоубийство — это проблема общественного здоровья. Беспристрастная статистика показывает, что ежегодно в мире кончают с собой примерно миллион человек. Однако статистические данные отражают далеко не все; они ничего не говорят нам о страданиях родственников, друзей и коллег самоубийцы, которые часто испытывают тревогу и растерянность после невероятного акта саморазрушения или сталкиваются с обрушивающимся на них позором.

Большую озабоченность вызывает возрастание частоты завершенных самоубийств молодых людей; сегодня она является наибольшей у лиц моложе 45 лет. Еще одна серьезная проблема касается других форм суицидального поведения, например, суицидальных попыток, которые ложатся тяжелым бременем на систему здравоохранения, особенно на отделения неотложной помощи.

И все же большую долю проявлений суицидального поведения можно предотвратить, особенно случаи, связанные с психическими расстройствами, которых, фактически, большинство. В настоящее время существуют

достоверно эффективные методы превенции самоубийств; и остается сожалеть, что лишь немногие руководители в системе здравоохранения осознают экономическое и гуманитарное бремя, порождаемое суицидом, и изменяют политику в этой сфере, создавая программы превенции самоубийств.

ВОЗ, крупнейшая международная организация в области здравоохранения, признала важность проблемы самоубийств для общественного здоровья и недавно обнародовала стратегию по повышению осознания ее масштабов властями, лицами, принимающими решения, профессионалами и населением в целом. Кроме того, используя собственные ресурсы и сеть центров, сотрудничающих с ВОЗ, а также отдельных экспертов, эта организация изъявила готовность обеспечить техническую помощь странам, желающим развивать программы и мероприятия по превенции самоубийств.

Бенедетто Сарасено. Вступление

В связи с тем, что большое число людей, сводящих счеты с жизнью, страдают психическими расстройствами, департамент психического здоровья и наркологической зависимости ВОЗ принял на себя руководство по координации действий, касающихся превенции самоубийств. Мы очень рады появлению этой книги. Некоторые из ее авторов являются членами сети экспертов ВОЗ по суицидологии, и мы уверены, что с их помощью сможем эффективно действовать в этой сфере.

Д-р Бенедетто Сарасено,
директор департамента психического
здоровья и наркологической зависимости
Всемирной организации здравоохранения
Женева Швейцария

Вступление

Более полувека назад, когда я впервые начал исследования, связанные с предотвращением самоубийств, табу, окружавшее это явление, было тяжелейшим препятствием на пути профилактических усилий, затрудняющим выявление, диагностику и лечение суицидального поведения. Было очевидно, что преодолеть барьер можно лишь с помощью целенаправленного образования и просвещения. И сегодня вызывает искреннее удивление, что всего за полвека темы, связанные с самоубийством, активно вторглись в нашу жизнь и породили несметное число публикаций, исследовательских и клинических центров, пьес и фильмов. Все эти изменения помогли преодолеть всеобщее нежелание открыто обсуждать и исследовать это явление.

Хотя невозможно измерить или как-либо количественно оценить табу, окружающее самоубийство, его тяжесть, по-моему, несомненно уменьшилась. Однако во многих странах мира культуральные и религиозные традиции, связанные с отношением к этому явлению, продолжают играть важную роль, они до сих пор нередко препятствуют даже упоминанию о самоубийстве, случившемся в семье. Безусловно, мы не стремимся к уничтожению всех запретов, связанных с суицидом, который в невыносимых стрессовых ситуациях часто становится актом устрашения; скорее, мы хотим изменить отношение к самоубийству, чтобы позволить суицидальным личностям просить о помощи, и чтобы сегодня она стала более доступной по сравнению с временем, когда мне и моим сверстникам пришлось начинать свою карьеру. По крайней мере, наши попытки предоставили близким суицидента возможность услышать и предотвратить то, что профессор Вассерман столь удачно вынесла в заглавие этой книги — напрасную смерть.

«Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств» — это книга, чтение которой приносит удовлетворение: она написана по возможности просто и конкретно, и одновременно освещает все основные аспекты и проблемы суицидологии. Профессор Вассерман обращается

Норман Л. Фарбероу. Вступление

к самой важной аудитории, которую до сих пор фактически не принимали в расчет. Эта книга предназначена не для профессиональных суицидологов, исследователей или клиницистов (хотя и они могут найти в ней немало полезного); прежде всего она адресована «занятым докторам», которые много раз в день встречаются с больными в различных ситуациях. Книга «Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств», несомненно, будет полезна сотрудникам полиции, учреждений исполнения наказания и учителям, которые узнают много нового и полезного из этого доступного введения в область превенции самоубийств.

Я уверен, что и другие читатели, подобно мне, прочтут эту книгу с интересом и пользой для себя.

Проф. Норман Л. Фарбероу

Лос Анжелес, Калифорния

США

Превенция самоубийств — предпосылки, проблемы, стратегии

Самоубийство является одним из наиболее драматических симптомов психического заболевания. В отношении этого феномена между разными странами Европы выявляются существенные различия в общем уровне суицидальное™ (вплоть до 50-кратных) и популяциях, подверженных риску. В качестве фона, на котором существует самоубийство, выступают сложные взаимодействия психосоциальных факторов, психического здоровья, биологической и наследственно обусловленной уязвимости, качества, доступности и приемлемости служб, оказывающих помощь, культуральных влияний, а также таких параметров как социальные связи, экзистенциальный смысл жизни, беспомощность и потребность в контроле, чувство собственного достоинства и склонность к имитации. Страны Восточной Европы, переживающие переходный период, являются наглядным примером последствий быстрых изменений, беспомощности и непредсказуемости; в то время как в разных странах Западной Европы риску самоубийства стабильно подвержены подростки, фермеры, пожилые мужчины и молодые женщины.

Кроме того, Европа характеризуется 300-кратной разницей в доходах населения и разительными отличиями в обеспечении и качестве помощи и поддержки лицам с суицидальными тенденциями, включающими создание и внедрение стратегий превенции самоубийств, а также национальных программ борьбы с наркоманией и алкоголизмом, проблемами, которые в рамках национальной политики планирования психического здоровья, как известно, тесно связаны с суицидальной превенцией.

Выводы Всемирной организации здравоохранения, отражающие панораму проблем, характерных для Европы и всего мира, и опубликованные в ее отчете за 2001 год, таковы:

— самоубийство — это одна из самых важных проблем общественного здоровья, вызывающая огромные социальные затраты и страдания человека, семьи и общества;

10

Вольфганг Рутц Превенция самоубийств — предпосылки, проблемы, стратегии

— самоубийство можно предотвратить;

— превенция самоубийств должна носить всесторонний и мультидисциплинарный характер, затрагивать различные стороны жизни человека и сферы общества; и

— необходимо развивать национальные стратегии и политику относительно специфических проблем, а также культурных традиций, системы ценностей и социальных структур в каждой отдельной стране.

Для преодоления проблем суицидального поведения, стимуляции активности и повышения уровня осознания Европейская сеть исследования и превенции

самоубийств ВОЗ внедрила в большинстве стран-членов региона:

- постоянную оценку суицидальной ситуации в Европе;
- создание и ускорение планирования национальных программ превенции самоубийств с интеграцией их в национальные планы развития психического здоровья;
- развитие специфических стратегий превенции самоубийств; и
- мониторинг и постоянную оценку их реализации.

Эта книга будет способствовать работе Европейской сети исследования и превенции самоубийств ВОЗ, обучению профессионалов и просвещению населения, а также повышению осознания значимости этой проблемы. Эксперты всего мира в области суицидологии, многие из которых тесно сотрудничают с Всемирной организацией здравоохранения, описывают в этой книге все, что известно на сегодняшний день о сложных предпосылках самоубийства, приводят примеры воздействий и всесторонней превенции и иллюстрируют самые важные характеристики суицидальности, которые являются наиболее чувствительными, сейсмографическими индикаторами здоровья или болезни как индивида, так и общества.

Первое русское издание этой книги адресовано той части Европы, где проблема самоубийства является очень актуальной, но одновременно растут ее осознание и возможности преодоления.

Большую надежду вселяет снижение частоты самоубийств в некоторых странах Европы с национально координируемыми подходами их превенции. Новый совместный взгляд авторов, представленный в этой книге и указывающий на необходимость всесторонних программ, включающих исследование социологических, психологических, эксис-

II

Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств

тенциальных, а также наследственных и психопатологических факторов как предпосылок аутодеструктивного поведения, дает новые инструменты и возможности для мощной всесторонней превенции самоубийств в Европе.

Вольфганг Рутц, региональный советник

Европейского регионального бюро психического
здоровья ВОЗ

12

Предисловие

Ежегодно в мире совершается около одного миллиона самоубийств и по крайней мере в десять раз больше суицидальных попыток. Страны с населением, говорящем на русском языке (бывшие республики СССР), находятся среди лидеров по уровню самоубийств и числу суицидальных попыток. Большое количество лиц с суицидальными тенденциями обращаются в учреждения здравоохранения, и медицинский персонал сталкивается с ними в повседневной практике.

Сегодня происходит существенное расширение научных исследований в психиатрии. Эта тенденция характерна для всех её областей, включая суицидологию. Количество статей и книг, посвященных исследованиям самоубийств и суицидальных попыток, неуклонно растёт.

Изобилие новой литературы в известной мере становится проблемой для постоянно занятых врачей, психотерапевтов, консультантов, добровольцев и другого персонала, которые ежедневно встречаются с суицидальными пациентами, поскольку им сложно найти время, чтобы вникнуть в эту литературу и, соответственно, применить новые достижения в своей клинической практике. Кроме того, почти во всех странах произошла реструктуризация медицинских служб и осуществлены меры по снижению затрат на здравоохранение, что, в свою очередь, уменьшило время, которое медицинский персонал может посвятить своему образованию. На этом фоне данная книга обобщает последние достижения в области суицидологии,

которые могут оказаться полезными для практикующих врачей.

Ее целью является ознакомление читателя с обширным опытом исследований и клинической работы, которым обладают ведущие эксперты в области суицидологии, объединившие со мной свои усилия. В дидактических целях все главы написаны в дискурсивном стиле практического руководства, а не научного трактата. Соответственно, ограни-

13

Напрасная смерть причины и профилактика самоубийств

чено число библиографических ссылок, тщательно отобранных авторами. Более ранние исследования в этой книге, как правило, упоминаются в списках библиографии. Кроме того, главы невелики по размеру, чтобы медицинский персонал, работающий в условиях жёсткого недостатка времени и эмоционального напряжения, имел возможность быстрого обзора методов диагностики и лечения, которые рекомендуются для повседневного применения.

Книга предназначена клиническим психиатрам и врачам других специальностей, а также персоналу, работающему в сфере охраны психического здоровья, но не имеющему достаточных знаний в области суицидологии. Более того, эта книга легко доступна для освоения непрофессиональной, но заинтересованной аудиторией читателей.

Первостепенное значение в превенции самоубийств имеет позитивное отношение пациента к медикаментозному и психотерапевтическому лечению. В этом контексте решающую роль играют психодинамические особенности отношений суицидента с семьей, значимыми лицами в близком окружении и людьми, обеспечивающими наблюдение и лечение. Лечение станет успешным, если медицинский персонал осознает свое отношение и влияние на суицидального пациента и его семью, а также психосоциальные стрессоры, недоступные коррекции с помощью психиатрических методов.

Психиатрическое лечение, включающее сочетание фармакологических и психотерапевтических методов, всегда следует сопровождать психосоциальной реабилитацией. К ее осуществлению необходимо привлекать профессионалов из других сфер, а также, если возможно, семью, друзей, коллег и сотрудников. Если мы, профессионалы сферы здравоохранения, будем осознавать эти особенности, наша клиническая практика станет более эффективной и простой.

В этой книге представлены последние достижения в области суицидологии и опыт многих экспертов международного уровня. Если у читателя возникнут комментарии по обсуждаемым темам, прошу посылать свои мнения по адресу [hi'1cbl./og5kpt\\$@1pt.k15e](mailto:hi'1cbl./og5kpt$@1pt.k15e)

Хочу выразить свою признательность всем соавторам этой книги и их коллегам за энтузиазм и существенную поддержку в ходе ее создания. Кроме того, я хочу поблагодарить моего мужа, профессора Ежи

14

Данута Вассерман Предисловие

Вассермана, прочитавшего все рукописи и оказавшегося в обсуждении неизменно вдохновляющим соратником.

Данута Вассерман,

профессор психиатрии и суицидологии,

директор Шведского национального центра исследования

суицидов и профилактики психических заболеваний,

председатель научного департамента общественного

здоровья Каролинского Университета

Стокгольм Швеция

15

Уровни суицидов по последним доступным данным: Ш — высокие: от 16—46 на 100 000 населения; Ц — средние: от 8—16 на 100 000 населения; Г^] —

низкие: меньше 16 на 100 000 населения; г п — нет данных

Источник. Всемирная организация здравоохранения

Раздел I. Эпидемиология

1

Распространенность самоубийств в мире: эпидемиологический обзор (1959 — 2000 гг.)

Хозе М. Бертолотте

Источники информации

Одна из неотъемлемых функций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) состоит в сравнении и распространении данных о смертности и заболеваемости в мире. С момента своего основания в 1948 году ВОЗ осуществляет сотрудничество с государствами, являющимися ее членами, для улучшения методов получения, обработки и анализа этих данных. Итогом этой деятельности ВОЗ является постоянно возобновляемый банк данных о смертности, в котором случаи смертей от всех причин, представленные странами-участниками, обычно распределены в соответствии с полом и возрастом. ВОЗ принимает информацию об абсолютном числе смертей в каждой демографической категории, и затем превращает его в относительные показатели уровня смертности. Если в начале 1950-х годов банк данных ВОЗ о смертности пополняли 33 государства-члена, то сейчас его поддерживают почти 130 стран.

Учитывая особую важность сведений о самоубийствах, большинство государств включают в предоставляемые данные информацию о смертности вследствие суицида. Название этой категории смерти и код остаются сравнительно стабильными в нескольких изданиях Международной классификации болезней (ICD), начиная с ее шестого пересмотра (ICD-6), созданного в 1950-х годах, до десятого (ICD-10). Самые последние данные о распространенности самоубийств в мире представлены в таблице 11(1)

17

Раздел I. Эпидемиология

Таблица 1.1

Уровни самоубийств по странам мира (на 100 000 населения) (в соответствии с последними доступными данными)

Страна	Год	Мужчин ы	Женщины
Австралия	1999	21,2	5,1
Австрия	2001	27,3	9,8
Азербайджан	2000	1,2	0,4
Албания	2000	2,4	1,2
Аргентина	1996	9,9	3,0
Армения	2000	2,5	0,7
Багамские острова	1995	2,2	0,0
Барбадос	1995	9,5	3,7
Бахрейн	1988	4,9	0,5
Беларусь	2000	63,6	9,5
Белиз	1995	12,0	0,9
Бельгия	1996	29,4	10,7
Болгария	2000	25,2	9,1
Босния и Герцеговина	1991	20,3	3,3
Бразилия	1995	6,6	1,8
Великобритания	1999	11,8	3,3
Венгрия	2001	47,1	13,0
Венесуэла	1994	8,3	1,9
Гайана	1994	14,6	6,5

Гватемала	1984	0,9	ОД
Германия	1999	20,2	7,3
Гондурас	1976	0,0	0,0
Греция	1999	5,7	1,6
Грузия	2000	4,8	1,2
Дания	1998	20,9	8,1
Доминиканская Республика	1994	0,0	0,0
Египет	1987	0,1	0,0
Зимбабве	1990	10,6	5,2
Израиль	1998	8,1	2,6
Индия	1998	12,2	9,1
Иордания	1979	0,0	0,0
Иран	1991	0,3	0,1
Ирландия	1999	18,4	4,3
Исландия	1997	19,1	5,2
Испания	1999	12,4	4,0
Италия	1999	11,1	3,4

18

Глава I Холе М Вертолете. Распространенность самоубийств в мире'
эпидемиологический обзор (1959—2000 гг)

Продолжение таблицы 1.1

Казахстан	1999	46,4	8,6
Канада	1998	19,5	5,1
Катар	1995	0,0	0,0
Киргизия	1999	19,3	4,0
Китай (Гонконг)	1999	16,7	9,8
Китай (избранные города и села)	1999	13,0	14,8
Колумбия	1994	5,5	1,5
Корейская Республика	2000	18,8	8,3
Коста-Рика	1995	9,7	1,2
Куба	1996	24,5	12,0
Кувейт	2000	1,6	1,6
Латвия	2000	56,6	11,9
Литва	2000	75,6	16,1
Люксембург	2001	23,9	10,7
Маврикий	1999	21,1	9,5
Македония	2000	10,3	4,5
Мальта	1999	11,7	2,6
Мексика	1995	5,4	1,0
Молдова	2000	26,7	4,1
Нидерланды	1999	13,0	6,3
Никарагуа	1994	4,7	2,2
Новая Зеландия	1994	23,6	5,8
Норвегия	1999	19,5	6,8
Панама	1987	5,6	1,9
Парагвай (доступные области)	1994	3,4	1,2
Перу	1989	0,6	0,4
Польша	2000	25,9	4,9
Португалия	2000	8,5	2,0
Пуэрто-Рико	1992	16,0	1,9

Российская Федерация	2000	70,6	11,9
Румыния	2001	20,8	3,9
Сальвадор	1993	10,4	5,5
Сан Марино	2000	7,6	0,0
Сан Томе и Принсипи	1987	0,0	1,8
Сейшельские острова	1987	9,1	0,0
Сент-Винсент и Гренадины	1986	0,0	0,0
Сент-Китс и Невис	1995	0,0	0,0

19

Раздел I. Эпидемиология

Окончание таблицы 1.1

Сент-Люсия	1988	9,3	5,8
Сингапур	2000	12,5	6,4
Сирия	1985	0,2	0,0
Словакия	2000	22,6	4,9
Словения	1999	47,3	13,4
Суринам	1992	16,6	7,2
США	1999	17,6	4,1
Таджикистан	1999	4,2	1,6
Таиланд	1994	5,6	2,4
Тринидад и Тобаго	1994	17,4	5,0
Туркменистан	1998	13,8	3,5
Узбекистан	1998	10,5	3,1
Украина	2000	52,1	10,0
Уругвай	1990	16,6	4,2
Фиджи	1978	3,6	1,3
Филиппины	1996	0,0	0,0
Финляндия	2000	34,6	10,9
Франция	1999	26,1	9,4
Хорватия	2000	32,9	10,3
Чешская Республика	2000	26,0	6,7
Чили	1994	10,2	1,4
Швейцария	1999	26,5	10,0
Швеция	1999	19,7	8,0
Шри-Ланка	1995	44,6	16,8
Эквадор	1995	6,4	3,2
Эстония	2000	45,8	11,9
Ямайка	1985	0,5	0,2
Япония	1999	36,5	14,1

Источник Всемирная организация здравоохранения, база данных о смертности, за исключением данных по Индии (предоставленных Национальным бюро статистики преступлений Министерства внутренних дел Индии) и Ирану (предоставленных министерством во время семинара по суицидальной превенции в Тегеране)

В ходе обсуждения представленных сведений о суицидах всегда возникает вопрос относительно их достоверности, поскольку в ряде случаев по разным причинам самоубийство в качестве причины смерти может скрываться. Поэтому реальные показатели могут быть выше. Если принять во внимание это обстоятельство, то глобальная картина

Глава I Хазе М Вертолете Распространенность самоубийств в мире
эпидемиологический обзор (1959—2000 гг')

распространенности самоубийств, очевидно, будет выглядеть еще серьезнее. Другой часто возникающий вопрос относится к сопоставимости данных разных стран. Информация, содержащаяся в таблице, отражает официальные данные, которые представили в ВОЗ государства-члены; они, в свою очередь, основаны на заключениях о смерти, подписанных юридически уполномоченным лицом, как правило, врачом, реже — офицером полиции. Как правило, их профессиональная подготовка позволяет избегать искажений информации, и степень возможных искажений в силу ошибочной отчетности является предметом будущих исследований. Мы надеемся, что приводимые показатели являются надежной основой, которую можно уточнять и улучшать.

Уровни самоубийств

В соответствии с прогнозом ВОЗ в 2020 году приблизительно 1,53 миллиона людей во всем мире погибнут по причине самоубийства, и в 10—20 раз большее их число совершит суицидальные попытки. В среднем, получается одна смерть каждые 20 секунд и одна попытка каждые 1—2 секунды.

В литературе по суицидологии часто представлены совокупные показатели самоубийств среди мужчин и женщин (так называемые общие уровни суицидов). Однако следует отметить, что в современной эпидемиологической практике принято представлять уровни в соответствии с полом и возрастом, особенно если половые и возрастные группы имеют существенные различия (в смысле уровней или факторов риска). Это правило особенно верно в отношении такого явления как самоубийство (практически повсеместно уровни суицидов мужчин и женщин существенно различаются, как и их уровни в различных возрастных группах). Поэтому данные таблицы 1.1 содержат распределение по полу; в дальнейшем, исходя из некоторых аналитических соображений, будет представлено и распределение по возрасту.

Данные таблицы 1.1 показывают, что самые высокие уровни самоубийств у мужчин и женщин выявлены в Европе, особенно в Восточной Европе, в группе стран со схожими генетическими, историческими и социо-культурными характеристиками — таких как Эстония, Латвия, Литва и, в меньшей степени, Финляндия, Венгрия и Российская Федерация. Тем не менее, столь же высокие уровни самоубийств отмечаются и в странах с совершенно иными характеристиками — таких как Шри Ланка и Куба.

21

Назде/ I Эпидемиологич

Интересно заметить, что при рассмотрении данных в соответствии с регионами ВОЗ самые высокие уровни самоубийств в каждом из них за исключением Европы обнаружены в островных государствах, таких как Куба, Япония, Маврикий и Шри Ланка. Кроме того, согласно региональному распределению ВОЗ, наименьшими уровнями самоубийств характеризуется Западное Средиземноморье, состоящее, в основном, из стран, следующих исламским традициям; эта тенденция относится и к ряду республик Центральной Азии, которые прежде входили в состав Советского Союза.

Из таблицы 1.1 следует, что за единственным исключением (Китай) уровни самоубийств среди мужчин существенно выше, чем у женщин.

На рисунке 1.1 представлены всемирные уровни самоубийств (на 100 000 населения), начиная с 1950 года: ежегодные данные о суицидальной смертности по странам были усреднены и представлены для всего населения мира старше 5 лет на каждый юд. Между 1950 и 1995 годами отмечается повышение уровней самоубийств у мужчин и женщин соответственно на 49 и 33 %. Кроме того, этот рисунок демонстрирует относительно постоянное

преобладание уровней суицидов у мужчин по сравнению с частотой самоубийств у женщин: 3,2:1 в 1950, 3,6:1 в 1995 и 3,9:1 в 2020 годах.

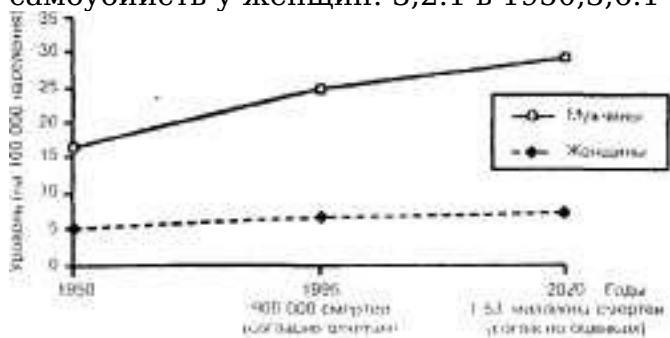


Рис. 1.1. Всемирные уровни самоубийств с 1950 г. и тенденции до 2020 г. Интерпретация роста мирового уровня самоубийств должна быть осторожной. С одной стороны, он может отражать тот факт, что после распада СССР (который имел общий уровень самоубийств ниже среднего) некоторые из республик, входивших в его состав (особенно с наивысшими уровнями суицидов в мире), стали предоставлять свои данные отдельно,

22

Глава I Хозе М. Бертолоте. Распространенность самоубийств в мире: эпидемиологический обзор (1959—2000 гг.)

что могло «повысить» глобальный уровень. С другой стороны, показатели 1950 года основаны на данных только 21 страны, со временем число стран-участников постепенно увеличилось, и в 1995 году оценка уровня самоубийств уже производилась на основании данных о смертности в 105 странах. Можно предположить, что эти 105 стран в целом характеризуются более высокими уровнями самоубийств, в большей степени озабочены этим явлением и, следовательно, предоставляют более точную информацию о суицидальной смертности, чем страны, где самоубийство не воспринимают в качестве важной проблемы здоровья населения.

Что касается возраста, то существует отчетливая тенденция к увеличению уровня суицидов с возрастом (рис. 1.2). Так, средний глобальный уровень самоубийств у мужчин составляет 24,7 на 100 000 населения, однако анализ возрастных групп показывает, что уровни суицидов по возрастам резко отличаются (от 0,9 в группе 5—14 лет с постепенным возрастанием до 66,9 у лиц старше 75 лет). Аналогичная положительная связь между возрастом и уровнем самоубийств наблюдается и у женщин: при общем уровне, составляющем 6,9, уровни в разных возрастных группах колеблются от 0,5 на 100 000 в группе 5—14 лет до 29,7 в группе старше 75 лет.

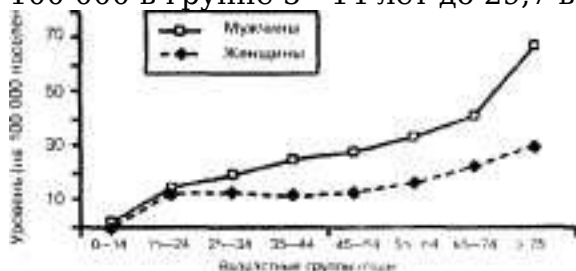


Рис. 1.2. Совокупные уровни самоубийств в соответствии с полом и возрастом в избранных странах

Частота самоубийств

Несмотря на широкое (и в целом адекватное) использование показателя уровней в отношении самоубийств, информация, которую он несет, может ввести в заблуждение, особенно при сравнении данных по странам или регионам с существенными различиями в демографической структуре. Как уже упоминалось, в настоящее время самые высокие уровни самоубийств отмечаются в Восточной Европе; однако наибольшее ко-

23

Раздел I Эпидемиология

личество суицидов совершается в Азии. В таблице 1.2 приводится сравнительное распределение десяти ведущих стран в отношении частоты (абсолютного числа) и расчетных уровней самоубийств.

Из общего количества завершенных суицидов во всем мире примерно 45 % принадлежат 10 странам, расположенным в левой части таблицы 1.2. Напротив, в 10 ведущих странах по уровням (правая часть таблицы 1.2) совершается менее 8 % всех самоубийств. Две страны, а именно Китай и Индия, несут ответственность почти за 30 % всех суицидов в мире, хотя уровень самоубийств в Китае практически совпадает со средним мировым уровнем, а в Индии он почти наполовину меньше. Число самоубийств в Китае почти на 30 % превышает общее количество суицидов во всей Европе, а количество самоубийств в Индии (второе по величине в мире) почти равно тому, которое дают вместе четыре европейские страны с наибольшим количеством суицидов (Россия, Германия, Франция и Украина).

Таблица 1.2

Ранговое распределение ведущих стран мира по общему количеству (в соответствии с оценкой на 2000 год) и общему уровню самоубийств (по последним доступным данным)

Страна	Количество самоубийств	Уровень на 100 000	Занимаемое место в мире по уровню
Китай	195000	16,1	24
Индия	87000	9,7	45
Россия	57800	41,5	2
США	31000	11,9	38
Япония	20000	16,8	23
Германия	12500	22,6	11
Франция	11600	15,8	25
Украина	11000	20,7	14
Бразилия	5400	3,5	71
Шри-Ланка	5400	31,0	7
Страна	Количество самоубийств	Уровень на 100 000	Занимаемое место в мире по количеству
Литва	1600	45,6	22

Россия	578 00	41,5	-у 3
Латвия	100 0	40,7	23
Эстония	600	40,1	25
Финляндия	170 0	33,8	21
Венгрия	300 0	32,9	16
Шри-Ланка	540 0	31,0	9
Казахстан	450 0	28,6	13
Беларусь	280 0	28,0	17
Словения	600	26,6	24

Источник' Всемирная организация здравоохранения
24

1'лава I Хозе М Вертолете Распространенность самоубийств в мире, эпидемиологическим обзор (1959—2000 гг)

Только две страны — Российская Федерация и Шри Ланка — присутствуют в обоих списках 10 ведущих стран по уровню и числу случаев самоубийств. Другие восемь стран из ведущей десятки по количеству суицидов расположены ниже 11 -го места по уровню, а одна страна (Бразилия, девятая в мире страна по числу самоубийств) занимает 71-е место по их уровню. Наоборот, 8 стран из ведущей десятки мира по уровню суицидов расположены ниже 14-го места по числу самоубийств.

При относительно небольших различиях в популяциях мужчин и женщин в каждой возрастной группе у первых обнаружено существенное преобладание как уровней суицидов, так и общего числа самоубийств.

Однако в отношении возраста картина разительным образом меняется, если мы перемещаемся от уровней к частоте. Хотя среди пожилых уровни суицидов могут быть в 6—8 раз выше по сравнению с молодежью, в настоящее время в мире вследствие самоубийства погибает больше молодых людей, чем пожилых (таблица 1.3). Сегодня лица в возрасте 5—44 лет совершают больше суицидов (53 %) в сравнении с людьми 45 лет и старше (рис. 1.3). Возрастная группа, в которой отмечается наибольшее количество завершенных самоубийств, — это группа 35^4 лет, как для мужчин, так и для женщин.

Таблица 1.3

Частота самоубийств (в процентах) по полу и возрасту в избранных странах* (на основе данных последних доступных лет)

Возраст (года)	ГС	15—24	п-10!	25—44	45—54	55—64	г-10	75+	Всего
Мужчины	0,7	12,7	18,3	20,5	17	13,9	9,6	7,3	100
Женщины	0,9	13,3	15	15,4	14,7	13,9	13,7	13,1	100

* Страны из таблицы ! 2, без Индии

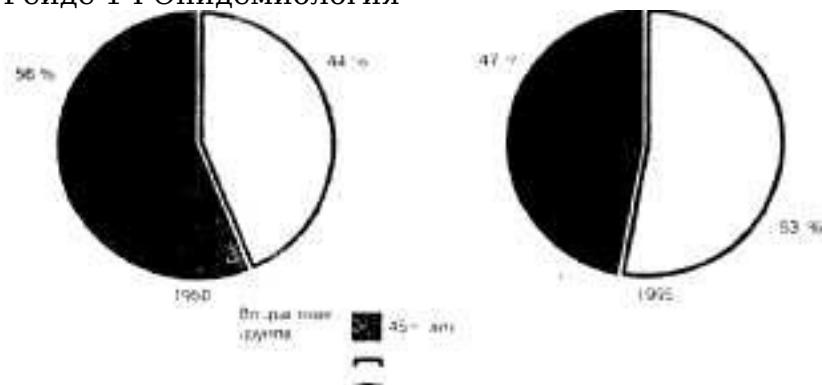
Источник: Всемирная организация здравоохранения

Подобный рост «молодых» самоубийств представляет собой относительно новое явление (рис. 1.3). Он приобретает драматический характер, если учесть, что количество пожилых в общей популяции растет в большей мере, чем число молодых людей. Кроме того, этот рост не является результатом расходящегося изменения уровней суицидов в этой возрастной группе:

уровень самоубийств у молодых возрастает большими темпами, чем у пожилых.

25

Рейде 1 I Эпидемиология



| I 5—44 г ода

Рис. 1.3. Распределение самоубийств по возрасту в избранных странах (1950 и 1995)

Методы самоубийств

Хорошая осведомленность о методах, используемых для совершения самоубийств, является крайне важным обстоятельством при создании программ суицидальной превенции (2), особенно на местном уровне. В глобальном масштабе этот показатель в большей мере представляет собой академический интерес. Поэтому мы не приводим в этой книге глобальных данных о методах совершения самоубийств. Тем не менее, люди, участвующие в программах суицидальной превенции, настаивают на получении возможно более точной информации о методах и способах совершения самоубийств с целью повышения эффективности этих программ (см. главу 30).

Предотвращение самоубийств

Глобальные данные и статистические показатели особенно важны для выработки широкого взгляда на проблему, повышения степени ее осознания и сравнения с другими проблемами. Однако они скрывают некоторые важные региональные и местные характеристики. Поэтому ничто не сможет заменить локальные системы мониторинга суицидальных тенденций, включающего анализ методов самоубийств, социодемографических, психиатрических и психологических переменных.

Тем не менее, есть надежда, что приведенная в этой главе информация, с одной стороны, повысит осведомленность всех заинтересован-

26

Глава 1. Хо<е М Вертолете Распространенность самоубийств в мире, эпидемиологический обзор (1959—2000 гг)

ных в данной теме лиц, а с другой — усилит интерес тех, кто еще не вполне осознал значимость самоубийств как весьма серьезной проблемы общественного здоровья.

Библиография

НеаИЬ Ог^ашгаПоп Р1\$шгез апё Рас(5 аЬоШ ЗшыЕ (Оос. \\\ANO/МЫН/МВБ/99.1). У/НО: Оепеуа, 1999.

2. \\\Yor1c1 НеаНЬ Ог^атхаПоп. Рг1тагу ргеуепиоп о? теп(а1, пейго1оц1са1 апс! \\\УНО: Сепсуа, 1998.

27

Раздел II. Теоретическая модель суицидального поведения

Модель стресс-уязвимости

и развитие суицидального процесса

Данута Вассерман

Модель стресс-уязвимости

Причины самоубийства многообразны, и не существует простого объяснения

данного явления. Многие люди страдают от душевных заболеваний различного характера, имеют личностные расстройства или переживают тяжелые жизненные ситуации, однако у них никогда не возникает мыслей о самоубийстве, и они никогда не предпринимают попыток свести счеты с жизнью. Причина склонности к суициду интересовала многих исследователей; были предложены различные модели для объяснения природы суицидального поведения.

Согласно модели предрасположенности к стрессу (стресс-диатеза), разработанной Манном и соавт. (1), в конституциональную предрасположенность (диатез) вносят свой вклад как наследственные факторы, так и приобретенная восприимчивость. Перенесенные ранее в жизни травматические события, хронические заболевания (особенно центральной нервной системы), хроническое злоупотребление алкоголем и наркотиками, а также некоторые другие возможные факторы, например, содержание холестерина в крови — все они играют определенную роль в развитии «суицидального диатеза». Согласно этой модели, предрасположенность, склонность к суицидальному поведению является решающим детерминантом, она определяет манифестацию суицидальности под влиянием стресса как реультат, например, острого психического или соматического заболевания, чрезмерного употребления алкоголя и

28

Глава 2 Данута Вассерман Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса

наркотиков, тяжелых социальных проблем и семейных кризисов. Таким образом, совершение самоубийства при той или иной ситуации можно попытаться объяснить с позиций степени выраженности предрасположенности (диатеза) к суициду.

Нейропсихобиология и суицидальное поведение

Известно, что нейромедиаторы мозга участвуют в регуляции физических и физиологических функций человека (2—4). Эксперименты на животных и наблюдения за людьми с теми или иными поражениями мозга, подвергшимися нейрохирургическим вмешательствам или принимавшими препараты, которые влияют на различные нейромедиаторные системы, показали, что тревога, агрессивность, восприятие боли и пищевое поведение в основном регулируются с участием серотонина, тогда как норадреналин участвует в таких функциях как активация, внимание, обработка информации и память. С другой стороны, дофаминовая система регулирует когнитивные функции, эмоциональные реакции, связанные с вознаграждением, и сексуальное поведение.

Настроение, эмоции и когнитивные функции находятся под влиянием всех трех перечисленных выше моноаминовых систем, которые состоят в сложном взаимодействии — оно означает, что одна и та же функция может регулироваться более чем одним нейромедиатором. Таким образом, достаточно воздействовать на функцию одного из них, чтобы достичь эффекта и в других системах.

Серотонин

Серотонинергическая система находится под строгим генетическим контролем. Ее активность довольно стабильна во времени и в меньшей степени отражает актуальное состояние, скорее являясь маркером определенной предрасположенности. Связь между состоянием серотонинергической системы и суицидальным поведением, а также взаимосвязь между изменениями в ней и предрасположенностью к суицидальному поведению практически доказана (см. главу 3). Эффект воспитания «накладывается» на генетический фон и в том числе на систему серотониновой медиации. Серьезные травмы, например, вследствие утрат и лишений в детстве, возможно, способны как бы «переустанавливать»

серотонинергические функции; этот эффект является долговременным и может обуславливать повышенный суицидальный риск

29

Раздел II Теоретическая модель суицидального поведения в дальнейшей жизни (5). В результате психической травмы исходно незатронутые функции мозга могут подвергаться изменениям

Норадреналин

Результаты исследований, касающиеся роли норадреналина в возникновении предрасположенности к суицидальному поведению, являются менее содержательными, чем в отношении серотонина. Система норадреналиновой медиации больше реагирует на острый стресс и выявляет большую зависимость от состояния, чем наследственности (в противоположность серотонину). Кроме того, эта система также является объектом генетического контроля и подвержена влиянию факторов окружающей среды. Некоторые наблюдения доказывают ее чрезмерную активность в случае стресса у суицидальных пациентов.

Дофамин

Роль дофамина в суицидальном поведении остается неясной, поскольку до настоящего времени проведено недостаточно исследований этой системы у суицидальных пациентов.

Стресс

Новая и увлекательная область исследований в суицидологии — изучение связи между биологическими, психологическими, культуральными факторами и факторами внешней среды. Предпосылкой нормального функционирования мозга и, соответственно, нашего психического здоровья, является баланс между различными нейромедиаторными системами (6). Острый и хронический стресс, вызванный повторными тяжелыми обстоятельствами в жизни, ведут к изменениям концентрации норадреналина и его рецепторов. В свою очередь, эта система оказывает влияние как на дофаминовую, так и на серотонинергическую системы, в результате чего возникает нарушение равновесия между различными нейромедиаторами.

В качестве примера событий и жизненных ситуаций, вызывающих стресс, можно привести серьезные личностные кризисы, травмы, острые соматические и психические заболевания, злоупотребления психоактивными веществами, тяжелую утрату или разлуку с близким человеком, безработицу, запугивание или насилие, издевательства в школе или на работе, а также различные нарциссические нарушения (см. главу 13).

30

Глава 2 Данута Вассерман. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса

Человек, переживающий стресс, испытывает сильную тревогу, злость, печаль, отчаяние и безнадежность, связанные с отчетливыми физиологическими реакциями. Повторные и продолжительные травмы делают человека более уязвимым, ослабляя его способность преодолевать последующие негативные события жизни (7, 8).

Недостаток сна, сезонные изменения длительности светового дня, злоупотребление алкоголем и наркотиками, а также неадекватный пищевой рацион оказывают воздействие на уязвимость человека (диатез), поскольку эти факторы влияют на синтез нейромедиаторов и их функции.

Взаимодействия между различными нейромедиаторами, гормонами стресса и другими гормонами, а также их связи с иммунной системой становятся объектом все возрастающего внимания, поскольку они подвержены влиянию болезненных переживаний как в раннем, так и в зрелом возрасте (9). Ранняя травма оказывает влияние на характер реагирования «психонейрогормональных» систем мозга на психические и социальные стрессы в дальнейшей жизни. У людей, подвергшихся длительному стрессу и

травме, новый стресс может нарушить весь ряд биологических реакций. У людей в состоянии стресса с большей вероятностью проявляются психические заболевания, кроме того, они больше подвержены инфекциям, мышечным болям и другим подобным заболеваниям. Даже воспоминания о ранее пережитых стрессовых ситуациях — издевательствах, разлуке и других травмах — могут спровоцировать реакции, которые включают физические и психические симптомы.

Реакции на стресс, которые вовлекают гипоталамо-гипофизарно-адреналовую систему, зависят как от наследственных, так и от приобретенных факторов и отличаются различной степенью лабильности. Эксперименты на животных показали, что у крысят, которых рано отняли от матери (что является сильным стрессом), система кортизола функционирует нестабильно (10). По всей вероятности, эту находку можно отнести и к людям. Результаты нескольких исследований гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы показали влияние хронического дистресса на риск самоубийства (11,12). Повышенная выработка кор-тикотропин-высвобождающего гормона в гипоталамусе и кортикостероидов в надпочечниках нарушает регуляцию активности как норадреналиновой, так и серотониновой медиаторных систем мозга.

31

Раздел II Теоретическая модель суицидального поведения

Стресс лишает людей с суицидальными тенденциями способности к использованию адекватных стратегий совладания

Взаимосвязь между стрессом, его гормонами и памятью уже продемонстрирована в экспериментах (13). Обнаружено, что здоровые люди, получающие лечение кортизоном, который в организме быстро превращается в кортизол, испытывают трудности в запоминании вербального материала. Хорошо известно, что в результате стресса, вызванного экзаменом, студенты могут забыть все, что знали. Но как только экзамен остается позади, они успокаиваются и внезапно вспоминают все, что следовало бы ответить.

Это же относится и к людям с суицидальными тенденциями. В стрессовой ситуации их способность действовать и знания существенно снижаются. Если же они были невелики изначально вследствие врожденной ранимости и дополнительно приобретенной в детстве повышенной чувствительности, то в случае новой стрессовой ситуации в дальнейшем такие люди будут испытывать недостаток возможностей для приспособления к жизни (14).

Нарушена ли система норадреналина у суицидальных пациентов?

Исследовательская группа под руководством Дануты Вассерман исследовала полиморфизм специфического гена, который кодирует (т.е. контролирует продукцию) фермента, известного как тирозин-гидроксилаза (ТН), участвующего в синтезе норадреналина и дофамина (15). В качестве субъектов изучения были взяты шведские пациенты, предпринявшие попытку самоубийства, а в контрольную группу входили психически здоровые люди. Было показано, что определенный вариант (полиморфизм) гена тирозин-гидроксилазы (гораздо чаще встречающаяся аллель ТН-К3, также известная как Т8) в большей степени представлен у пациентов, совершивших суицидальную попытку, а также не суицидальных субъектов определенного личностного типа. Эти результаты носят предварительный характер и требуют дальнейших исследований.

Носители этой аллели характеризовались пониженной толерантностью к стрессу и повышенной склонностью к раздражительности, злости и враждебным реакциям, а также уязвимостью: эти показатели измерялись в соответствии со шкалами личностного опросника (YIEO)

32

Глава 2 Данута Вассерман. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса

Per5opa1ky 1nyep1ory, исправленная версия (ЫЕО Р1-К)) (15). Интерпретация этих результатов далека от прямолинейной. Возможна вероятность, что этот вариант гена вызывает высвобождение меньших количеств норадреналина или обуславливает меньший его метаболический оборот в мозге суицидальных личностей по сравнению с другими. В норме норадреналин требуется для анализа поступающей информации и выработки стратегий адекватного функционирования.

Суицидальные субъекты чувствуют, что они достигли точки, откуда нет возврата, и теряют способность к взвешенному обдумыванию своей жизни. Эти люди начинают использовать негибкую и ригидную стратегию. Она может быть следствием некоторого нарушения метаболизма норадреналина, делающего неэффективной способность к быстрому восстановлению его уровня в мозге этих людей во время стресса. Эта гипотеза хорошо согласуется с серотониновой гипотезой, описанной в главе 3. Таким образом, можно полагать, что при стрессе недостаток норадреналина может привести к ослаблению способности к осмысленным действиям. Если в результате негативных событий жизни лица с предрасположенностью подвергнутся экстремальному стрессу, они окажутся не в состоянии найти конструктивный выход из ситуации вследствие своей биологической уязвимости (возможно, благодаря вышеупомянутому полиморфизму или другим, еще неизвестным генетическим дефектам), которая ограничивает спектр возможных способов преодоления стрессовой ситуации и выбор альтернативной, более конструктивной стратегии.

Компенсация диатеза на ранней стадии

Для осуществления эффективной суицидальной превенции очень важно выявить индивидуальную уязвимость на ранней стадии, чтобы предпринять попытки предотвращения ее обострения в детстве и зрелом возрасте. В семьях, имеющих в своей истории суицидальное поведение, подобные попытки предпочтительно осуществлять уже на стадии планирования беременности, поскольку генетический компонент самоубийства хорошо известен. Цель этих воздействий состоит в развитии родительских навыков, позволяющих принимать правильные решения в отношении своего здоровья и здоровья своих детей, а также способностей создания и разработки жизненных стратегий, которые доступны осуществлению. Есть надежда, что влияние неблагоприятной наследственности можно уменьшить путем создания оптимальных внешних условий.

33

Раздел II Теоретическая модель суицидального поведения

Генетическая наследственность является важной, но не означает роковой неизбежности

Многие думают, что генетическая наследственность настолько важна, что может ограничить свободу действий, однако это предположение далеко от истины. Все монозиготные близнецы имеют одинаковую генетическую структуру, однако если один из них подвержен депрессии, то риск, что это заболевание возникнет у второго, составляет примерно 50—60 %. Если же один монозиготный близнец кончает с собой, то риск гибели от самоубийства для второго составляет всего 13 % (16).

Биологическая уязвимость (врожденный признак, обусловленный генетическими факторами) у некоторых людей усиливается, если человек растет и развивается в неблагоприятной психологической обстановке (17). В этом случае может возникнуть психическое расстройство, которое является очевидным фактором суицидального риска. Аналогичные события могут произойти и в зрелом возрасте. Когда ранимый человек воспринимает окружающую среду как чрезмерно стрессовую, не может справиться с внешним стрессом, давление которого становится слишком тяжелым, можно с гарантией прогнозировать появление у него тревоги, депрессии, чувства без-

надежности и серьезных суицидальных мыслей с кульминацией в форме самоубийства.

Изменения в структурах мозга

Вполне вероятно, что существуют и различные защитные факторы, которые могут влиять на функции мозга в позитивном смысле. Различные исследования показывают, что структуры мозга хорошо развиты уже при рождении и в дальнейшей жизни могут подвергаться модифицирующему влиянию среды. Длительный, порой ежедневный травматический опыт насилия, инцеста, и другие неблагоприятные ситуации в детстве ведут к тяжелому стрессу. Этот стресс влияет на некоторые отделы мозга (гипоталамус и гипофиз) и надпочечники, и повышенная секреция их гормонов (кортизола и адреналина) оказывает пагубное воздействие на центральную нервную систему (4). В некоторых случаях оно может вызвать разрушение нейронов гиппокампа, являющегося одним из эволюционно древних отделов мозга. Долгое время считалось, что мозг может только разрушаться, и нервные клетки погибают на протяжении всей жизни, и лишь недавно неврология признала рево-

34

Глава 2 Данута Вассерман Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса

люционное открытие, что мозг способен к регенерации и восстановлению (18, 19).

Нейроны могут формироваться вновь и регенерировать вследствие активизации клеточного деления и роста и создавать новые связи с другими клетками мозга. Возможно, благоприятные жизненные обстоятельства также могут отражаться на деятельности мозга. Например, описано повышение кровоснабжения мозга в связи с различными формами активности, в частности, психотерапией. Возникает вопрос, подвержена ли активность мозга только временным изменениям, или они могут быть более продолжительными? Можно ли предполагать, что у пациента возникнут новые нервные связи или нейроны? В конечном счете, эти процессы могут привести к тому, что психосоциальные воздействия повысят устойчивость людей к стрессу и снабдят их лучшими возможностями влияния на собственное благополучие.

Таким образом, центральная нервная система не является неизменной, как считалось раньше. Она развивается в течение жизни в результате постоянного взаимовлияния между генетической основой и тем, что человек приобретает в контакте с окружающей психосоциальной и физической средой. Таким образом, в действительности ни один человек не предрасположен к самоубийству как к роковой неизбежности.

Классификация суицидального поведения

По определению самоубийство — это преднамеренное действие. Однако важную роль могут играть бессознательные психологические компоненты. Если отсутствует прощальная записка, то иногда трудно понять причины самоубийства, а также был ли это преднамеренный шаг или случайность без намерения умереть, например, в случае приема прописанного лекарства, алкоголя или больших доз наркотиков. Возможно, при многих суицидах истинное желание умереть отсутствовало.

Если человек выжил, то самоубийство регистрируется как попытка. Тем не менее люди, предпринявшие суицидальную попытку, отличаются от совершивших самоубийство, и существует практика их описания как двух отдельных, но частично перекрывающихся популяций. Эти группы различаются по эпидемиологическим показателям, но с психологической точки зрения различие между ними невелико. Среди людей, предпринявших попытку, немало схожих с теми, кто совершил самоубийство.

35

Раздел //. Теоретическая модель суицидального поведения

Порой на личностном уровне бывает трудно найти грань между серьезными мыслями о самоубийстве и суицидальной попыткой. Тем более поражают разительные отличия, обнаруженные в рандомизированных исследованиях различных популяционных групп в разных странах в отношении частоты возникновения суицидальных мыслей в прошедшем году (9—13 %) и в течение всей жизни (3—5 %), а также частоты суицидальных попыток в прошедшем году (0,2—0,6 %) (20).

Покорны (21) предложил использовать понятие «суицидального поведения», включающего суицидальные мысли (суицидальное мышление), предпринятые попытки и самоубийство. В то же время Пайкел с соавт. (22) ввел понятия «усталости от жизни» и «желания смерти». Эти явления можно рассматривать как самостоятельные феномены или предвестники суицидальных мыслей. Эти представления легли в основу модели суицидального процесса.

Бесков (23), основываясь на этих понятиях, разработал модель, которая часто используется в ретроспективных исследованиях завершенных самоубийств.

Модель показывает, что суицидальное поведение имеет свою предысторию, и текущий процесс является продолжением постепенного нарастания серьезности суицидального поведения, начиная с усталости от жизни до желания умереть, от суицидальных мыслей до попыток и завершеного самоубийства.

Исследования Вассерман (24) показывают, что большинству суицидальных действий предшествуют процессы различной длительности с индивидуальной динамикой. Обычно суицидальный процесс длится месяцами, однако у некоторых он продолжается более года, а для пациентов с хронической депрессией, шизофренией или химической зависимостью он может быть пожизненным. У молодых людей с адаптационными расстройствами продолжительность процесса может составить несколько дней или недель. Склонность к суициду может быть острой, хронической или латентной. Мысли о самоубийстве могут совсем отсутствовать на протяжении длительного времени, но в случае нового стресса возникают вновь.

Суицидальный процесс — расширенный контекст модели стресс-уязвимости

Модель стресс-диатеза (1) можно дополнить более широкой моделью развития суицидального процесса, которая позволяет лучше понять

36

Глава 2. Данута Вассерман. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса

динамику взаимодействия между суицидальными людьми и их окружением и дает возможность изучать «суицидальную коммуникацию» (динамику взаимодействия между суицидальным субъектом и его семьей или другим значимым человеком), а также взаимодействие между наследственными и приобретенными состояниями (см. рис.2.1). В этой модели учитываются следующие факторы:

- роль личности и когнитивного стиля суицидального человека;
- роль факторов окружающей среды;
- роль стресса в проявлении предрасположенности;
- роль реакций других людей и влияние их психосоциальной и культуральной поддержки на исходы;
- обстоятельства, уменьшающие уязвимость (защитные факторы) и способствующие самоубийству или суицидальной попытке (факторы риска).

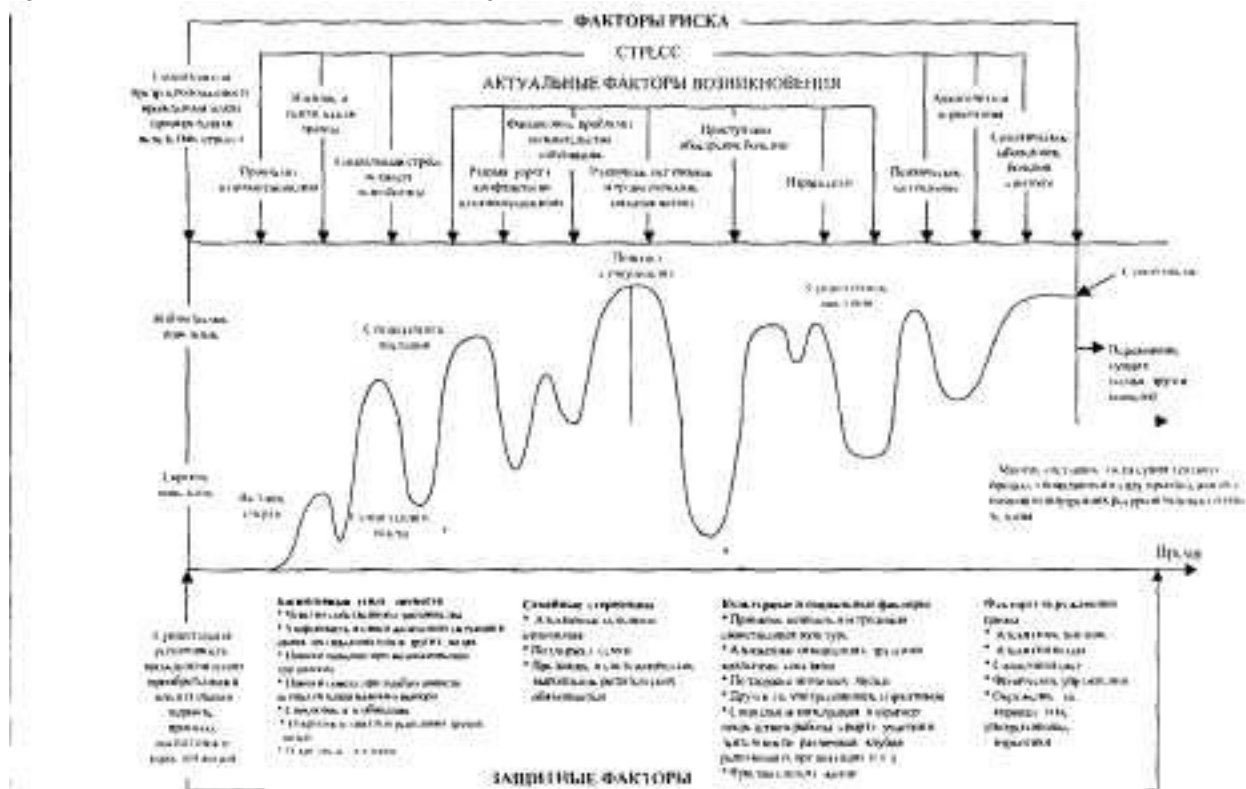
В этой модели связи между суицидальными мыслями и попытками самоубийства перестают быть явными, становятся эфемерными. На исход влияют факторы риска и защиты во взаимодействии с предрасположенностью. Самоубийство расценивается не как болезнь, а как действие, возникающие в результате взаимодействия когнитивных, аффективных и коммуникативных аспектов.

В результате лечения суицидальный процесс может быть прерван, кроме того, он может затихнуть спонтанно. Влияние ряда различных факторов на суицидальный процесс вытекает из данных различных эпидемиологических исследований и психологических обследований индивидов. Важно изучать и понимать суицидальный процесс не только на индивидуальном, но и на межличностном (коммуникативном) уровне, а также в связи с другими внешними факторами на уровне общества (в рамках социальной интеграции), равно как и в отношении культурного и физического окружения.

В этой книге термин «суицидальный» применяется для описания человека, который имеет интенсивные и серьезные мысли о самоубийстве. Этот термин охватывает также людей с неотчетливыми и не столь сильными суицидальными мыслями, которые, однако, находятся в зоне суицидального риска вследствие действия различных факторов, а также тех, кто пытался покончить с собой в течение года, предшествовавшего исследованию. Факторы риска включают: психические заболевания, расстройства личности и негативные события жизни (см. главы 4—13). Риск становится особенно высоким, если одновременно исчезают (или ослабевают) один или не-

37

Рис. 2.1. Модель уязвимости к стрессу и развития суицидального процесса от суицидальных мыслей до самоубийства



/глава 2 Данута Вассерман Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса

сколько факторов, которые в норме обеспечивают некоторую степень защиты (факторы защиты обсуждаются в этой главе ниже).

Суицидальная коммуникация

Ответная реакция других людей на суицидальные сообщения человека сама по себе может обеспечить частичную защиту от суицидальных действий (24). Однако, к сожалению, она может стать и отчетливым фактором риска, усугубляющим состояние хаоса и ненависть к себе у суицидального человека и ускоряющим суицидальный процесс в негативном направлении (25). Затухание суицидального процесса или его перерастание в суицидальную попытку или самоубийство зависит от следующих факторов.

— способность человека к просьбам о помощи и ее получению;

— способность других людей (включая персонал) из окружения суицидального человека к распознаванию его/ее суицидального сообщения и серьезному отношению к нему.

Диалог с суицидальным пациентом

Применив диалог с использованием дружеского обращения, можно помочь суицидальному человеку вербализовать его внутренние переживания и выразить их вслух, что заложит основу для межличностного общения и доверительного контакта. В целях предотвращения самоубийства очень важно серьезно воспринимать каждое упоминание о нем.

В обществе распространено мнение, что люди, говорящие о суициде, никогда его не совершат. Это один из мифов о самоубийстве. Тем не менее, существует определенная категория людей, которые, даже находясь на грани суицида, не сообщают о своих намерениях. И хотя они могут иметь близких людей, но, будучи эмоционально одинокими, не делятся своими размышлениями ни с кем. Часто после совершения самоубийства в семье могут возникнуть мысли типа «На самом деле я не знал человека, с которым жил». Мужчины, которые живут по принципу «в одиночестве — сила» и не желают или не осмеливаются проявлять свои эмоциональные потребности и мысли, как правило, характеризуются малой общительностью. Молодые люди тоже могут иметь заметные трудности в общении. Внешне малообщительные люди могут вести себя адекватно или почти адекватно, несмотря на то, что на самом деле вынашивают мысли и планы самоубийства

39

Раздел // Теоретическая модель суицидального поведения

Диалог как средство уменьшения беспокойства и хаоса

Суицидальное общение (т.е. упоминания о суицидальных мыслях и планах совершения самоубийства) может сильно различаться по интенсивности, как в течение дня, так и в длительной перспективе. С помощью диалога можно отвлечь человека от мыслей о самоубийстве и дать ему какое-то направление для поиска альтернативных путей решения конфликтов. Поначалу иные решения, предложенные помогающим лицом, могут быть отвергнуты, но в дальнейшем их могут воспринять и, возможно, использовать. Беседа и общение уменьшают растерянность, беспокойство и панику. Для диалога с суицидальным пациентом необходим чуткий собеседник — человек, который не обостряет у него чувства вины и бесчестия, не оскорбляет его и готов к оказанию практической помощи, например, позвонить в больницу или поддержать чем-то, что оказалось вне сферы внимания в период хаоса. Подобные люди способны прервать душевный паралич, который суицидальные люди могут испытывать даже перед самыми незначительными обязательствами. Таким образом, с помощью диалога и практической поддержки можно расширить туннельное сознание суицидального человека и избавить его от сужения когнитивных возможностей.

Типы суицидального общения

Суицидальное общение можно разделить на вербальное и невербальное. В свою очередь, эти виды делятся на прямое и косвенное общение (24, 25).

Прямое вербальное общение

При прямом вербальном суицидальном общении человек либо прямо выражает свое намерение свести счеты с жизнью, либо — менее четко — чувства, что все вокруг безнадежно, и осталось единственно правильное решение — покончить со всем этим сразу. Иногда эта форма общения выражается в ссорах со значимыми людьми и обвинениях, что они являются виновниками возникших проблем и, в подтексте, — в суицидальной ситуации.

Косвенное вербальное общение

Косвенное вербальное общение иногда является менее отчетливым, поскольку высказывания типа «Так дальше продолжаться не может», «Я

40

Глава 2 Данута Вассерман. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса

не вижу смысла в жизни», «Возможно, мы больше не увидимся» и «Глядя на этот мир, перестаешь удивляться, что многие хотят покончить с собой» часто интерпретируются с трудом. Для правильного понимания эти высказывания нуждаются в контексте. Некоторые из них можно легко интерпретировать, тогда как понимание других приходит лишь ретроспективно.

Прямое невербальное общение

Примером прямого невербального общения может быть приобретение оружия или накапливание рецептов на наркотические или сильнодействующие медицинские препараты.

Косвенное невербальное общение

Составление завещания, раздача подарков на память, оплата долгов и изменение страхового договора — все эти поступки могут быть примерами косвенного невербального общения. Другими выражениями суицидального намерения могут быть активные усилия по поддержанию контактов с близким человеком или медицинскими службами, а также поиски уединения и изоляция.

Ответная реакция окружающих

Эмпатия

Прямое суицидальное общение интерпретировать легче всего, но собеседник часто ему не доверяет, сомневаясь в искренности намерений человека покончить с собой. Косвенная форма суицидального общения более трудна для понимания стороннего наблюдателя, однако члены семьи часто замечают, что человек изменился, и инстинктивно понимают суть происходящего. В лучшем случае некоторые из его близких начинают осознавать ситуацию, проявлять эмпатию, оказывать поддержку и обращаются за помощью, чтобы обеспечить адекватное наблюдение, профессиональную поддержку и лечение.

Амбивалентность

Ответная реакция некоторых людей может состоять из участия, беспокойства или молчания. В результате возникает амбивалентность в

41

Раккл II Теоретическая модель суицидального поведения

отношении суицидального человека (одновременно возникает желание остаться с ним и покинуть его, искать помощи и выжидать). В крайних случаях люди могут в различной форме проявить в отношении него прямую или косвенную агрессию. Может возникнуть парадоксальное взаимодействие между сверхчувствительным суицидальным человеком, находящимся в состоянии безрассудства, хаоса, раздражения и периодической агрессивности или парализованным в смысле поиска стратегий выживания, и окружающими людьми, которые склонны к молчанию, осторожности и реакциям избегания или могут просто отвернуться от него.

Характер реакций окружающих имеет решающее значение для развития суицидального процесса, его приостановки или ускорения. Их молчание не помогает суицидальному человеку. Амбивалентность чувств и устремлений окружающих может усилить его амбивалентность; возникает порочный круг. Суицидальные люди в силу нарушенного осознания во всем видят только темные стороны, отличаются сниженной самооценкой и преувеличивают свои сложности. Часто они воспринимают только негативный полюс амбивалентности членов семьи и других людей (например, поступки, свидетельствующие о желании прервать отношения или не оказывать помощи) и интерпретируют их высказывания и поведение как недостаток любви и интереса или отвержение. У них существуют сложности в осознании позитивного полюса амбивалентности (например, заботы и участия), хотя ее две стороны всегда присутствуют вместе.

Агрессия

Если родственники или значимые для суицидента люди проявляют чрезмерное потрясение, агрессию в вербальной или невербальной форме или поворачиваются к нему спиной, то суицидальный человек остается наедине со своими планами и собственной агрессией, которую может направить против себя. В некоторых случаях безразличие и агрессия окружающих могут его убить.

Действия окружающих могут спасти жизнь

Реакция окружающих имеет особенно важное значение, если у суицидального человека сохранилась единственная близкая связь. Важны-

42

Глава 2 Данута Вассерман Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса

ми являются и реакции медицинского персонала (см. главы 17 и 27). С другой стороны, родственники и другие близкие суицидента сами весьма нуждаются в поддержке и иногда профессиональной помощи, поскольку их амбивалентные и агрессивные реакции вытекают из собственных душевных конфликтов, которые, выйдя на передний план, могут ввергнуть их в экстремальную ситуацию.

Меннингер подобно Фрейду рассматривает суицид как отраженное или «инвертированное» убийство. Он считает, что гнев направляется внутрь индивида вместо того, чтобы выплеснуться наружу и обратиться на человека, ответственного за его возникновение (см. главу 14).

Углубленные исследования

Модель, представленная в таблице 2.1, обеспечивает стратегию для исследования фантазий, желаний и мыслей суицидального индивида, а также его намерений, планов, побуждений и решений о совершении самоубийства. Стадии суицидального процесса можно рассматривать, как попытки разрешить различные внутренние психические и внешние конфликты, найти новые средства приспособления к неустойчивым жизненным ситуациям или как «крик о помощи».

Вначале мысль о самоубийстве может быть мимолетной. Ее могут отвергнуть, потом вновь вернуться к ней, еще раз отвергнуть... и так далее, пока, в конце концов, она не появится в виде единственно возможного выбора.

Непосредственно перед суицидальным действием (попыткой или самоубийством) интенсивность суицидального процесса нарастает, чувства безнадежности, беспомощности и отчаяния сочетаются с симптомами различных психических расстройств. Происходит заострение личностных черт. На передний план выходят неадекватные стратегии адаптации к жизненным ситуациям, человек утрачивает способность к широкому осмыслению проблемы из-за резкого сужения когнитивных возможностей и «поля зрения». Беспокойство воспаляет суицидальный процесс, и сознание вращается только вокруг мыслей, как и когда, придет смерть.

Когда человек принимает решение о смерти, хаос может смениться фазой спокойствия, которая часто вводит окружающих в заблуждение. Однако при наличии защитных факторов частым следствием становится отказ от акта саморазрушения.

43

Раздел II Теоретическая модель суицидального поведения

Защитные факторы

Потеряет ли человек контроль над своей жизненной ситуацией и что будет исходом этого: суицид, попытка самоубийства или только суицидальные мысли — это определяется не только риском, но и присутствием защитных факторов. Суицидальное мышление определяется ситуацией, и человек сводит счеты с жизнью только тогда, когда актуальные факторы риска действуют совместно, а факторы защиты исчезают или ослаблены.

Следовательно, баланс между жизнью и смертью определяется не только

наличием факторов риска, но и доступом к факторам защиты, которые усиливают стратегию выживания суицидального человека.

Защитные факторы могут быть связаны с источниками удовольствия, которые отличаются непостоянством и все же доступностью, или с контактами, приносящими удовлетворение, с занятостью или интересными увлечениями. Другим примером являются связи с семьей (родителями, братьями, сестрами, детьми или внуками) и соседями, а также участие в работе религиозных, политических и других групп и коллективов. Еще одним способом предотвращения самоубийства может стать появление отзывчивого, готового выслушать человека, возможность получить доступ к психотерапии и медикаментозным средствам, которые могут помочь вернуться к стратегиям выживания, успешно применявшимся данным человеком в прошлом.

Факторы защиты содержатся в сознании как самого суицидального человека, так и окружающих его людей. В настоящее время исследования концентрируются на поисках долгосрочных стилей жизни, которые защищают человека от той или иной формы суицидального поведения. К защитным факторам относятся гибкость мышления, способность анализировать суть проблем, искать альтернативные решения, минимизация (а не преувеличение) значения какой-либо негативной жизненной ситуации, оптимизм и расположенность суицидального человека и его семьи к поиску помощи и факторов защиты. С другой стороны, упреки, обвинения и избегание проблем коррелируют с суицидальным риском (14).

Протективный стиль жизни — это результат воспитания в безопасных, надежных условиях, это системная ситуация, когда родители адекватны, то есть проявляют эмоциональную чуткость к нуждам ребенка, его нормам и ценностям, а также заботятся о нем с момента рождения до взросления (26). Безопасная ситуация дополняется крепкими дружескими взаимоотношениями и другими связями в зрелости, женитьбой и новой семьей. Важным защитным фактором является и соци-

44

Глава 2. Данута Вассерман. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса

альный, культурный или религиозный контекст в значимых для семьи и жизни человека случаях.

Защитные факторы очень существенны для формирования «иммунитета» против суицидальных побуждений. К таким факторам также относится лечение любого сопутствующего психического заболевания. В сохранении психического благополучия участвуют и физические факторы — так, наряду с другими психосоциальными факторами окружающей среды, ключевые факторы защиты включают сбалансированное питание, полноценный сон, достаточное количество солнечного света (все, что влияет на функции нейромедиаторов и, соответственно, на психическое здоровье).

Библиография

1. Мапп ^.^., Киетаих С, Иаах С, Малоне К. То\уагс1 а с1т1са1 тос1е1 от'зшасЫ

БеБауиог т рзусЫатпс раНепхз. Лш../. Р.5>'сЛ/я?п'. 1999; 156:181 - 189.

2. йатазю А.К. Тотоагсь а пейгора1бо1о\$у от" етотюп апс! тооё. ЫаНи-е. 1997; 386:769—770.

3. Оеакт ХЕ ТЪе го1е оГзегогошп т рашс, агшету апс! ёергеззюп (геу1е\у). 1п1. СНп. Рзускоркагтасо/. 1998; 5ипр1. 4: 51 -55.

4. ЗаПом'ау 5., Маллоу Р., Ситтт%з З.Б. (ейз). ТЪе пейгорзусЫаП'у оГЪтыс апс1

5иЫгор1са1 сИзогйегз. Атегчсап Р.чус1па1г1С Ргем. 1997.

5. Ш1зоп ^., РгаЫсШ К. 8гге55 зепзШуку агк! рзусьора{бо1о\$у. 1п: ШПзоп }. (ей). Траита, (гапзГогтаиоп апс! беа11п\$: ап т1е\$гаиус арргоась 1о (Беог>г: геяеагсь, апс1 ро5(-1гаита(1с (Беару. Ые\у Уогк: Вгиппег-Маге1;

1989:75— 110.

6. Ко1Ъ В., \УЫ?;ка\ -1.(2. РипдатеПГаЪ оПштап пейгор5усбо1о\$у. N6%' Уогк, ШН

Ргееап апс! Сотрапу, 1995.

7. Ас/ат5 В.. Бекпег! К. Рго1оп\$ес1 (гаита апс! зиЪзециеп! 5и1С1(1а1 БеБау1оиГ: сЫШ

аЪизе апс! сотЪа! (гаита геУ1е\ес1. / Траитапс \$1ге\$5. 1997; 10:619 634.

8. Ати М., Кар1ап 2., Е[гот К., Копег М. 8и1с1с1е Г1зк апс! соргпц 81у1еч 1п роз«гаита{1с 51геЗ5 с1|5ог<1ег рапепк. Рзуско1кег РзусИозот. 1999; 68:76 81.

9. уап с!ег Ко/к В А. Репу С, Негтап ^.^ СЪПсШоос! опцтз от" 5е1Г-с1е51гис11Уе БеБаУ1ог. Ат. 1 Р.чус/иаПу. 1991; 148:1665 1671.

10. Ыи В., В\ог1о 3., ТаппепЪаит В., ег о/. Ма(егпа1 саге, Ырроса]пра1 \$1исосог-[|С01с1 гесер1огк, апс! Бур01Ба1ат1с-р1ти11агу-ас1гепа1 гезропзсз го йГгс8\$. Баете. 1997; 277:1659 -1662.

11. Соссаго Е.Е, А\$1Ш 3.1.. Сеп1га1 зего1опег\$1с ГипсПоп 1П рагази1С1с1е Рт^. Ыеигорх\скор1ггтасо1 В1о1. Рзуск/Ш/у 1990. 14:663-674.

12. гап Ргааа Н.М. СотогЫс!|!у (рзусбо) апа1узес1 Вг. У. Рзус/па/п- Зирр1 1996; 30:129 134.

45

Разде: II Теоретическая модель суицидального поведения

13 Ые\юти /IV ЗеНе О \1с1\оп А К е! а! Оесгеаеё тетогу регГогтапсе т БеаКбу Ыитапз тЛлссс! Бу ч1ге55-1еуе1 со!115о1 (геаПпсп! А\скг,е\ о[Сепии! Р<,и1иа1п 1999 56(6) 527 533

14 Но)ечк N КоЪшк Т /апеч I е! а/ Сорт^ 5Ту1е>5 апс1 зшечие п?к Асга Рт1иа» 5саш1 1996 91 4Я9 493

15 Ре1\1оп М Ы МЪ^епнап й Сеуе) Т с/ а! Тугоыпе Буёгоху1азе аПсбс с115(пЪи(1оп 1П ъи1С1с1е а((етр(сг\$ Рускш1гу Ке\ 1997 72 73 80

'Ъ Ко\ А ОепеПс апс1 Бю1о\$1с пзк ГасЮгз Гог 5шс1с1е т с1ерге551Уе й^огйе!^ Рчм/иашс диаПе/Н 1993 64 345 358

17 КиЪе}1Ч1ет /Ъ ИаПоп 4 Кач1еп I е! а! ЗшасЫ БеБауюиг т ас1о1е5сепГч ^ (гезь апс! рго(ес(юп т с11ГСегеп(Гапи1у соп(ехГ5 Ат ^ ОнНорпскиНп 1998 68 274 284

18 Оа^егН МаттаБап пейга! 51ет сеПз Заепсе 2000,287 1433 1418

19 Мшпз8оп С В Зуепыоп М Ш11\$1ес111 е! а! Ыеига! 5!ет се!1ч т (Бе айиН ЫитапЪгат Е\р Се11 Ке\ 1999,253 733-736

20 КатЪе1\$ ИЪ Штепнап О Ргеуа1епсе оГ герог1ес! чшс1с!а1 БеБауюиг т 1Ъе \$епега1 рори1а(юп апс1 теп(а1 БеаИЪ-саю 51а?С Р\$м1ю1 Мее! 2000, 30 1189 1196

21 Рокоту АО А зсЪете (Ъ! с1а581Гут\$ зиюкЗа! БеБауюгз 1п Веек АТ, Ксмиск Н 1^ Р, БеШеп V] (ей\$) ТЪе ргейюГюп о<"5и)С1с1е Во% ю, Магу1апс!, ИЗ А СЪаг1е5 Ргечя 1974 29 44

22 Раукел Е 8 Муег% 3 ^ ЫтАемЪа! /У Таппе/ 7 5шск1а1 Геелга\$ь ш (Бе \$епега1 рори1а(юп а ргеуакпее ЫГийу В/ У Р\$сНш1п 1974. 124 460 469

23 Веской 1 ЗшскЗе апс1 теп1а1 с!15ОГ(1е1 т ЗхуесЪзЪ теп Ас1а Рцскюи Зсапс! 1979, 5ирр1 277 1 138

24 РснЪеюу Л/. Зкпе1с1тап Е 3 ТЪе сгу Гог Бе1р №\у Уогк МсОгатл-Н111 1961

25 1Уо1к-Ш15чеппап И Зи1С1с1а1 соттишса1юп о^регзопч апетр(ш\$ чи1с1с! с апс! геъропчез оГ51\$шПсап1 огЪегз АсШ РзусИши Зсапа 1986,73 481-499

26 КиНе/ М Кеч111епсе т сЪе Гасе оГас!уегы1у Рго1ес!1уе ГасШгз апс! гез151апсе Го

ю ё1ьогс1е1 В/] РчхскшИу 1985,147 598 611

46

3

Нейробиология самоубийства

и суицидальных попыток *

Дж. Джон Манн, Виктория Аранго

Введение

Самоубийство неизменно является осложнением психических расстройств. Психологические аутопсии показывают, что у более 90 % покончивших с собой отмечались распознаваемые серьезные психические расстройства (1). Тем не менее, большинство психически больных никогда не предпринимали попыток суицида, за исключением, пожалуй, лиц с пограничным расстройством личности. Причиной многих самоубийств являются расстройства настроения, они связаны примерно с 60 % всех случаев. При биполярных расстройствах частота суицидов в течение жизни оценивается в 20 %, а из числа страдающих униполярной или тяжелой депрессией сводят счеты с жизнью 15 %. В то же время, несмотря на высокий уровень самоубийств в этой категории, многие больные с расстройствами настроения никогда не кончают с собой. В связи с этим возникает вопрос — почему одни люди с психическими расстройствами подвержены суицидальному риску, а другие — нет? Мы предположили, что существует диатез или предрасположенность к суицидальному поведению. При обсуждении его нейробиологии важно отличать биологические корреляты диатеза (предрасположенности) к суицидальному поведению от биологических коррелятов стрессоров, приводящих к суицидальным проявлениям, таких как первичное психическое расстройство (1). Каждая из этих двух областей имеет различные биологические корреляты.

Существует множество доказательств, что самый распространенный стрессор (фактор риска) или пусковой механизм самоубийства, а

47

Раздел II Теоретическая модель суицидального поведения

именно тяжелая депрессия, связана с ослаблением серотонинергической функции в различных отделах мозга. Однако нарушения серотонинергических функций мозга, связанные со склонностью к суицидальному поведению (диатезом), независимы от таковых при депрессии. При тяжелой депрессии отмечаются: снижение числа транспортеров (трансмембранных переносчиков) серотонина в тромбоцитах (2), снижение уровня 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-HIAA) в спинномозговой жидкости (3) и замедленная реакция пролактина в ответ на оральный прием фенфлурамина (4) и внутривенное введение L-триптофана (5). Эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при депрессии также предполагает наличие серотонинергической недостаточности. Нарушения серотонинергической функции при тяжелой депрессии вероятнее всего являются биохимической характеристикой, поскольку они проявляются даже в случаях клинического улучшения.

Доказательства наличия биологических факторов, способствующих суицидальному риску

Значительное количество данных указывает, что на суицидальное поведение влияют семейные и генетические факторы. Уровень самоубийств и суицидальных попыток выше в семьях, имеющих суицидальную историю, по сравнению с другими семьями, в том числе и с психиатрической патологией. Монозиготные близнецы имеют более высокий уровень конкордантности (т.е. совпадения у обоих близнецов) в плане суицидальности, чем дизиготные (7). Рой и соавт. выявили более высокий уровень конкордантности суицидальных попыток для монозиготных близнецов, по сравнению с дизиготными, пережившими самоубийство близнеца. В крупнейшем исследовании близнецов выявлено, что уровень конкордантности в плане серьезных попыток суицида у монозиготных близнецов (23,1 %) был более чем в 17 раз выше, чем риск в общей выборке. Уровень конкордантности для суицидальных попыток был выше, чем для завершеного самоубийства, что указывает на наследственную природу обоих феноменов. Исследования приемных детей

показывают, что суицидальный риск передается из биологической семьи в приемную при рождении неивисимо от передачи расстройств настроения или психозов, что является мощнейшим доказательством генетической передачи. Семейные самоубийства показывают, что передача суицидального поведения не зависит от наследования психопатологии, связанной с суицидальным поведением. Другими словами, семейный перенос стрессоров, таких как

48

Глава 3. Дж Джон Манн, Виктория Аранго. Нейробиология самоубийства и суицидальных попыток

психические заболевания, не зависят от семейного переноса диатеза суицидального поведения. Этот кумулятивный набор данных показывает, что существуют семейные, и, почти несомненно, генетические факторы, связанные с диатезом суицидального поведения. Следствием таких генетических факторов должна быть биологическая аномальность, или фенотип.

Биологические корреляты суицидальных попыток

Одним из важнейших открытий в биологической психиатрии стало наблюдение, что низкие показатели уровня 5-H1AA в ликворе связаны с серьезными суицидальными попытками в анамнезе у пациентов с расстройствами настроения, личности или шизофренией (3). Более того, показано, что низкие уровни 5-H1AA в ликворе могут предсказывать будущее самоубийство или его попытку. Исследования уровней 5-H1AA в ликворе людей и человекообразных приматов показали, что этот индекс серотонинергической активности мозга является биохимическим маркером, находящимся под генетическим контролем, и как таковой он может быть одним из механизмов, по которому гены могут влиять на поведение и, особенно, суицидальный риск. Так, при наличии суицидального поведения этот функциональный маркер серотонина при различных психических заболеваниях является низким, при этом он является не просто их маркером, но и биологическим индексом уязвимости к суицидальному поведению в связи с этими заболеваниями. Мы показали, что в большинстве случаев самоубийств уровень 5-H1AA в ликворе был очень низким. 5-H1AA является основным продуктом распада серотонина, и его уровень пропорционален степени серотонинергической активности мозга. Некоторые другие индексы серотонинергической функции включают гормональный ответ на высвобождение серотонина, такой как уровень пролактина после приема фенфлурамина — агента, высвобождающего серотонин. Кроме того, много функций, опосредованных серотонином, имеют тромбоциты, что дает возможность доступного измерения функции серотонина, хотя и не в мозге. Параллельное измерение тромбоцитов и пролактина в ответ на прием фенфлурамина может стать показателем аномальности в системе серотонина у совершивших суицидальные попытки по сравнению с психиатрическим контролем, и изменение этого индекса серотонина пропорционально серьезности суицидальной попытки в плане степени нанесенного физического (в противовес психологическому) вреда.

49

Раздел II. Теоретическая модель суицидального поведения

Генетические корреляты нейробиологии и суицидальное поведение

Одним из подходов к определению гена, обуславливающего риск суицидального поведения, является исследование так называемых генов-кандидатов. Гены-кандидаты наиболее просто идентифицировать, поскольку они связаны с нейробиологическими системами, которые уже определены как аномальные, вносящие свой вклад в интересующее исследователя патологическое состояние (в данном случае, суицидальное поведение). Как отмечено выше, у совершивших суицидальные попытки серотонинергическая система является аномальной и выступает как часть биологии диатеза, или уязвимости к суицидальному поведению.

Один из генов-кандидатов, привлекающий особое внимание, — ген триптофан-гидроксилазы, фермента, участвующего в ограничении синтеза серотонина. В основе ослабления серотонинергической функции могут лежать нарушения продукции серотонина, что наблюдается у людей, предпринимающих серьезные суицидальные попытки. Некоторые исследования показали связь между полиморфизмом гена триптофан-гидроксилазы в седьмом интроне (т(гоп7) и суицидальным поведением. Совершившие суицидальные попытки отличаются от имеющих некоторые психические расстройства, но не предпринимающих суицидальных попыток тем, что у них частота варианта этого гена (ТЛ-аллель) ниже (8). Кроме того, этот реже встречающийся вариант связан с низкими уровнями 5-Н1АА в ликворе и резким подъемом уровня пролактина в ответ на прием фенфлурамина. Другими словами, два индекса снижения серотонинергической функции связаны с этой менее частой формой гена, такой же формой, которая в ряде исследований была обнаружена в связи с суицидальным поведением.

Эти результаты являются предварительными и нуждаются в дальнейших исследованиях, однако они иллюстрируют потенциал этой стратегии. Ее конечная цель — понять биологические факторы, способствующие суицидальному риску, и разработать такой анализ параметров крови, который поможет клиницистам в выявлении пациентов с высоким риском.

Биологические корреляты завершеного самоубийства

Завершенное самоубийство — это наиболее серьезная форма суицидального поведения, и можно предположить, что она должна быть свя-

50

/ шва 3 Дж Джон Манн, Виктория Аранго Неуробиология самоубийства и с\ миндальных попыток

зана с наиболее экстремальными биологическими аномалиями в плане диагеа. Эта группа пациентов отличается от совершивших суицидальную попытку тем, что их мозг доступен для изучения и биохимического анализа. Таким образом, исследования завершеного самоубийства не только являются взглядом на самую экстремальную форму этого поведения, но и дают возможность непосредственного изучения биохимии мозга вместо использования косвенных методов, таких как исследования ликвора, фармакологических проб или тромбоцитов.

В ранних биологических исследованиях было показано снижение уровня серотонина или продуктов его распада, 5-ШАА, в стволе мозга у жертв самоубийства (9). Ствол мозга содержит все тела серотонинергических нейронов, которые затем проецируются на остальной мозг для иннервации миллионов других клеток. Таким образом, наблюдение, что возможно умеренное снижение серотонина или 5-Н1АА в стволе мозга, предполагает, что нейроны ствола мозга у жертв самоубийства являются менее активными.

Другим важным наблюдением, сделанным в ходе этих исследований, было сходное по степени снижение 5-Н1АА или серотонина у жертв самоубийства независимо от психиатрического диагноза. Следовательно, по аналогии с исследованием 5-ШАА в ликворе, результаты исследований ствола мозга предполагают, что снижение серотонинергической функции у самоубийц связано с суицидом, а не с психическими расстройствами (9). Это предположение соответствует предмету нашей дискуссии — снижение серотонинергической функции в связи с суицидальными действиями коррелирует с диатезом, или уязвимостью к суицидальному поведению, нежели со стрессорами, такими как психические заболевания. Последующие исследования отобрали изменения нейрорецепторов по всему мозгу самоубийц и показали, что они являются особенно заметными в вентральной области или орбитальной префронтальной зоне коры головного мозга.

Большинство исследований отмечает, что самоубийцы имели меньше транспортировочных сайтов (участков) серотонина. Мы отмечали, что это

наблюдение особенно заметно в вентральной области коры головного мозга или орбитальной префронтальной коре. Многие исследования обнаруживают в мозге самоубийц увеличение связывания с префронтальными кортикальными серотонин-3Н^А рецепторами. Более того, обнаружено, что связь тромбоцитов с рецепторами серотонина 6Н^А у суицидальных пациентов также увеличена. Этот, видимо, систематический, эффект увеличивает вероятность генетического меха-

51

Раздел II Теоретическая модель суицидального поведения

низма. Хотя исследования мембранного связывания дают спорные результаты, ауторадиографические исследования связывания серотонин-5НТ_А рецепторов у самоубийц фиксируют его повышение. Более того, в одном исследовании сообщается, что увеличение связывания серотонин-5НТ_А рецепторов локализуется в орбитальной префронтальной коре (10). В других исследованиях показано, что вентральная область префронтальной коры вовлечена в торможение поведения. Повреждение этой области мозга приводит к расторможенности и потенциально увеличивает риск самоубийства и агрессивного поведения.

Таким образом, мы постулировали, что серотонинергическое потребление этой области мозга вовлечено в торможение поведения, и ослабление этого потребления или повреждение этой области мозга ведет к расторможенности, повышая, таким образом, вероятность попадания данного человека под влияние мощнейших эмоций, мыслей или чувств, таких как суицидальные тенденции. Важность этого предположения состоит в том, что исследование этой области мозга с использованием развивающихся в настоящее время специальных технологий может предложить клиницисту еще один путь изучения пациента для оценки уязвимости или предрасположенности к суицидальному поведению.

Роль агрессии и импульсивности в суицидальном риске

В некоторых исследованиях было показано, что лицам, совершающим суицидальные попытки, на протяжении жизни свойственно выраженное агрессивное и импульсивное поведение (И). Эти черты поведения отражают базовую предрасположенность к воздействию сильных чувств, что может быть обусловлено ослаблением потребления серотонина в вентральной префронтальной коре (1). Следовательно, достойно внимания то, что в исследованиях патологически агрессивных пациентов и агрессии у человекоподобных приматов и других видов была показана связь подобного поведения с низкой серотонинергической активностью. Таким образом, она связана с предрасположенностью не только к суицидальному поведению, но и к агрессивному, импульсивному поведению в целом. Последнее также имеет генетический компонент и, возможно, существует общий генетический элемент для суицидального и агрессивного поведения. Это предположение остается предметом дальнейших исследований.

52

Глава 3 Дж. Джон Манн, Виктория Аранго. Нейробиология самоубийства и суицидальных попыток

Заключение

Изучение биологии суицидального поведения обеспечило существенное понимание механизмов его риска и определило потенциальные будущие лабораторные исследования, которые помогут врачу в оценке суицидального риска.

Библиография

1. Мэлл 33. Тье пегго!о\$у оГзшаёе. Ишиге Мей. 1998; 4:25- 30.
2. Он-еп.ч А/У., Метет/)' СВ. Ко1е оГ зегоЮтп т (Ъе раГЪорБу51о1о\$у оГ с! ерге55юп: Госив оп 1Ъе зегоГопт (гапзроЛег. СНп. Скет. 1994; 40:288—295.
3. ЕхЪег\$ М. Ыеиго!гап5гш((ег5 аш3 5шас1а1 ЫеБауог. Тье еукЗепсе Ггот

сегеЪгозрта! Пшс1 вШсИез. Апп. И.У.Асаё. ЗЫ. 1997; 836: 158- 181.

4. О'Кеапс К, Этап Т.С. Рго1аспп апй сог!!5о1 гезропзез Го о-ГепЛигат1пе т та]ог <1ерге551оп: еу1(1епсе Гог сНгтшвБес! ге5роп51У11у от" сеп!га1 зегоЮпер^с Гипспоп. Ат. 1 Р\$усЫа1гу. 1991; 148:1009- -1015.

5. йе1\$ас1о Р.Б., СИатеу О.5., Рг1се Б.Н., е! а/. БегоГошп ГипсГ1оп апй гбе тесЪашзт оГ апПйергеззап! асНоп. Ке\ег5а1 оГ апНйергеззапЫпёисес! гет1851оп Ыу гар1с1 скрМюп оСр1азта 1гур(орЪап. АгсН. Сеп. РхусШшгу. 1990; 47:4П--418.

6. Пену З.О., Мапп З.З., Маписк З.В., МиШооп М.Р. Кесоуегу Ггот та]ог ёергез- 81оп 15 по! а55ос1а!ес1 \уцб погтаНга^оп оГ 5его1опег\$1с Гипсиоп. В'ю1. РауеМсНгу. 1998:43:320—326.

7. Коу А., Ку1апс/ег С, ЗагсЫаропе М. Оепеп'сз оГ зи1С1с1е. РатПу 51ий1е5 <тй то1еси1аг аепеП'сз. Апп. N.7. Асай. 5сг. 1997; 836:135—157.

8. Мапп З.З., Ма1опе К.М., ЫиеЫеп Б.А., е1 я/. Ро551Ые аззоЫайоп оГа ро1утог-

рЫзт от" 1Бе 1гур(орЪап Ыус)гоху1а5е \$епе \У11Б зшасЫ ЫеЪауог 1п Йергеззес! райетх. Ат. 3. РвуМа1гу. 1997; 154: 1451—1453.

9. Агап\$о V, С/па'егп'ооа' М.Б., Мапп З.З. Вю1о\$1с акегапопз т (Бе Ъгат5(ет оГ 8и1С1ёе5. РхусШсНг. СНп. ЫопН. Ат. 1997; 20:581—593.

10. Ка551г 8.А.. Ипйег^ооа" М.й., ВакаНап М.З., е1 а1. 5-НТ1А ЫпсНп^ т с1огка1 апс! тесНап гарБе пис1е1 0<"5и1С1с1е У1спт5. 5ос Ыеигоаа АБ.ч1г. 1998; 24:1274.

11. Мапп З.З., Щмегнаих С, Нааз С.Б., Ма1опе К.М. Тошагыз а сНшса! тос!е1 оГ

ЬсЪаУЮг 1П р5усЫа1пс райепГз. Ат. 3. РзусЫшгу. 1999; 156:181 189.

53

Раздел III. Группы суицидального риска

А. Психические расстройства 4

Аффективные расстройства и самоубийство

Данута Вассерман

Введение

Аффективное расстройство, особенно депрессия, является единственным психиатрическим диагнозом, наиболее тесно связанным с самоубийством. У большинства пациентов, совершивших суицид, отмечались различные симптомы депрессии, а более чем у 60 % диагностировалось отчетливое аффективное расстройство. Складывается впечатление, что в ранних проспективных исследованиях различных групп больных суицидальная смертность в состоянии глубокой депрессии преувеличивалась. В более поздних исследованиях ее уровень оценивается в пределах 10—15 %. Риск самоубийства колеблется в зависимости от подтипа депрессии (3, 4).

Однако преобладающее большинство этих больных не совершает покушений на свою жизнь. Кроме того, депрессия является весьма распространенным заболеванием: ее ожидаемая частота (число людей, страдающих депрессией, в данный момент времени) составляет 3—5 % (5), а частота в зависимости от средней продолжительности жизни колеблется приблизительно от 22—24 % для женщин и 15—16 % для мужчин. Тем не менее, важно помнить о высоком суицидальном риске больных депрессией, не получавших лечения, особенно при наличии сопутствующих заболеваний (коморбидности) и негативных событий жизни.

Тяжелое депрессивное расстройство

Основным признаком депрессии является подавленное настроение с выраженным чувством опустошенности, безразличия и безнадежнос-

54

Глава 4. Данута Вассерман Аффективные расстройства и самоубийство

ти (8). Появление конкретных симптомов зависит от возраста и пола (9—11). У пожилых пациентов с депрессией часто отмечается суетливое беспокойство

(им сложно усидеть на одном месте) и несравненно большее число соматических симптомов. Лечение этих больных врачами общей практики может уменьшить отчетливость психопатологических симптомов, что еще больше затруднит диагностику депрессии. У мужчин среднего возраста депрессия иногда может начинаться с раздражительности, сложностей в межличностных отношениях, повышенной уязвимости, чувствительности к критике, агрессивности и даже приступов ярости. Подростки довольно часто находят убежище во сне, отключении от внешнего мира. Диагностика депрессии у молодых людей часто осложняется взаимодействием ее симптомов с признаками психосоциальных кризисов нормативных стадий развития. Первым отчетливым признаком депрессии может стать ухудшение школьной успеваемости из-за проблем с сосредоточением внимания, которые обычно воспринимают как лень и пренебрежение своими обязанностями. Ярko выраженными являются чувства неудачливости и безнадежности. У подростков с депрессией может извратиться ритм сна-бодрствования, а тревога зачастую толкает их на поиски утешения в еде. В других случаях отмечаются резкое снижение веса. Невротическая анорексия и булимия часто сопутствуют депрессии у молодежи (см. главу 7). У мальчиков депрессия нередко сопровождается нарушениями поведения: они могут стать конфликтными, агрессивными и чрезмерно возбудимыми, у них возникает склонность к насилию. Как правило, сопутствующими расстройствами являются злоупотребление препаратами конопли, другими наркотиками и алкоголем.

Ангедония, сложности сосредоточения внимания, тревога и злоупотребление алкоголем, как правило, являются ближайшими предшественниками самоубийства и суицидальной попытки, тогда как изменчивость настроения и чувство безнадежности — их отдаленными предвестниками (12).

Меланхолия

Самоуничтожение, чрезмерное чувство вины, чувство бессмысленности жизни и всеохватности неудач очень часто сопровождаются серьезными неоднократными суицидальными мыслями и размышлениями о смерти. Тем не менее, впервые риск суицида, как правило, становится отчетливым, когда состояние пациента улучшается и снижается психо-

55

Раздел III Группы суицидального риска

моторная заторможенность, однако надежда на способность справиться с кризисной ситуацией все еще остается незначительной. Для некоторых пациентов встреча с реальностью кажется настолько пугающей и мучительной, что самоубийство представляется единственным выходом.

Психотическая депрессия с галлюцинациями у суицидентов обнаруживается редко.

Депрессия у мужчин

Мужчинам весьма свойственно избегать поисков профессиональной помощи даже в случаях тяжелой депрессии. Когда, наконец, они встречаются с врачом, депрессия часто остается нераспознанной и, как следствие, лишенной лечения. Роль мужчины в обществе считается несовместимой со слабостью, подавленностью и разрешением себе плакать. Это обстоятельство может быть причиной отрицания мужчинами депрессии и их нежелания говорить о подавленном настроении. Едва ли вызовет удивление, что депрессия у них часто связана с ситуациями профессиональной деятельности и работы. Для мужчины превращение в безработного означает утрату не только занятости и финансового достатка, но и коллег, коллектива и привычного распорядка дня. Они переносят потерю социального статуса гораздо тяжелее, чем женщины, которые в большей мере отождествляют себя с семьей, детьми и друзьями.

Симптомы депрессии у мужчин отличаются от тех, которые свойственны женщинам. В этом состоянии они редко упоминают о тревоге, печали или

подавленном настроении. Она проявляется в снижении продуктивности на работе, дома и в сфере досуга, которое довольно часто компенсируется интенсивной, хаотической деятельностью. Типичными признаками являются суетливость, раздражительность, сварливость и недостаток сосредоточения внимания. Вероятно, мужчины страдают депрессией гораздо чаще, чем свидетельствуют статистические данные, но она скрывается за фасадом алкоголизма, повышенной агрессивности, жестокости и самоубийства.

Депрессия, оставленная без лечения, может стать настолько серьезной, что для мужчин, которым сложно довериться кому-либо и попросить о помощи, суицид может стать единственным выходом. Поскольку они крайне редко обращаются за психиатрической помощью, терапевтам, другим специалистам общей практики, семейным врачам и врачам страховых компаний необходимо обратить особое внимание на депрес-

56

1 глава 4 Данута Вассерман Аффективные расстройства и самоубийство
сию у мужчин (см. главу 25). Ее лечение рекомендуется начинать без присутствия всех критериев тяжелой депрессии.

Маскированная (ларвированная, скрытая) депрессия

Не столь редко депрессия у суицидентов маскируется болевыми или другими соматическими симптомами, за которыми отсутствует телесная болезнь или повреждение внутренних органов. У пациентов с подобными симптомами часто отмечаются сложности самовыражения, вербализации психологических проблем и описания своей жизненной ситуации. Телесные симптомы являются формой коммуникации, сигнализирующей о какой-либо проблеме, и они могут быть реакцией на ситуацию в жизни, которую больной считает невыносимой. В западной культуре, как, впрочем, практически повсеместно, факт соматического заболевания считается более приемлемым. Неспособность человека вступить в соприкосновение со своими внутренними переживаниями может усиливаться влиянием тех культур, в которых психическое заболевание является предметом осуждения.

У суицидентов с маскированной депрессией симптомы могут принимать форму болей в суставах, мышцах и других частях тела; кроме того, они могут выражаться в виде утомляемости, хронической усталости, головокружения, онемения конечностей или чувства давления в голове. Именно с этими симптомами пациент обращается к врачу. Систематическое исследование ситуаций в жизни суицидентов часто способствует выявлению серьезных конфликтов в семье или на работе, а также отчетливых суицидальных тенденций. Врачи общего профиля должны владеть навыками распознавания маскированной депрессии, суицидальных мыслей и различных типов суицидальных посланий для предотвращения суицидальной попытки или самоубийства.

Дистимия

По сравнению с тяжелым депрессивным расстройством течение дистимии лишено отчетливой периодичности. Пациенты с дистимией переживают состояние более или менее устойчивой депрессии, однако более мягкой в сравнении с тяжелой формой этой болезни. Многие дистимические состояния начинаются в детстве, и их часто рассматривают как расстройства личности с мрачно-подавленным настроением в каче-

57

Раздел III Группы суицидального риска

стве ключевого признака, в иных случаях их воспринимают как тревожные расстройства. Психическое развитие больных с дистимией часто тормозится. по пому им трудно сохранить уверенность в своих способностях и светлом будущем. При дистимии и наиболее тяжелых формах аффективных расстройств риск суицида является сравнимым, однако невозможно отдельно установить удельный вес в суицидальности депрессии тревожного компонента

и сопутствующего нарушения в форме расстройства личности.

Иногда суицидент может страдать двойной депрессией в виде тяжелой депрессии на пике дистимии.

Биполярные состояния и мания

Риск самоубийства у пациентов с тяжелыми униполярными (15 %) и биполярными аффективными расстройствами (20 %) является различным (13, 14).

Большинство пациентов с биполярным расстройством, совершивших суицид, в момент смерти испытывают страдания, свойственные тяжелому депрессивному эпизоду или находятся в смешанном депрессивном состоянии (15). В маниакальном состоянии самоубийство совершается довольно редко. За гипоманиакальным и маниакальным состояниями часто следует тяжелая депрессия с раскаянием и убеждением, что жизнь на протяжении маниакального периода не удалась. В некоторых случаях это обстоятельство вносит свой вклад в возникновение суицида. Частота самоубийств у пациентов с биполярными расстройствами типа 1 и 2 является одинаковой. «Тип 1» означает расстройство, при котором хотя бы однократно возникала маниакальная стадия; к «типу 2» относятся расстройства с появлением гипомании и отсутствием маниакальных состояний. Тем не менее, существует вероятность, что расстройство «типа 2» часто не распознают из-за низкой достоверности диагноза гипомании.

Степень суицидальности у мужчин и женщин с биполярными расстройствами является равной, однако в ходе течения заболевания самоубийства у мужчин возникают раньше. Тем не менее, нельзя игнорировать наблюдения о возможности серьезных суицидальных попыток и самоубийств в более поздний период развития аффективного расстройства.

58

Глава 4 Данута Вассерман Аффективные расстройства и самоубийство

Сопутствующие заболевания (коморбидность)

Для суицидента сочетание депрессии и тревожного расстройства, сложно разделяемых на практике заболеваний, которые этиологически кажутся взаимозависимыми, является типичным (16).

У больных с тяжелым депрессивным расстройством, совершивших суицид, часто имеют место сопутствующие заболевания в виде злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, многочисленных соматических заболеваний и различных расстройств личности. Сопутствующая заболеваемость зависит от пола и возраста. У пожилых отмечается большая частота соматических заболеваний, тогда как у молодых пациентов часто встречаются различные типы расстройств личности, а мужчины чаще становятся зависимыми от употребления психоактивных веществ.

Симптомы депрессии часто отмечаются у совершивших суицид больных шизофренией. С другой стороны, больные маниакально-депрессивным психозом пациенты, предпринявшие самоубийство, очень часто являются зависимыми от алкоголя (6).

Обращения за медицинской помощью перед самоубийством

Более 60 % людей, совершивших суицид, в течение года, предшествовавшего акту саморазрушения, а во многих случаях за неделю до самоубийства консультировались с психиатром (см. главу 26). Женщины в большей степени посещают психиатрические службы, тогда как мужчины чаще консультируются у терапевтов или врачей других специальностей. Тем не менее, около 20 % пациентов не обращались за медицинской помощью перед сведением счетов с жизнью.

Врачи не всегда думают о суицидальном риске, поскольку у многих пациентов, которые к ним обращаются незадолго до самоубийства, отмечается отчетливо утихающая или маскированная депрессия. Однако описательная

характеристика «отчетливо утихающая» означает, что суицидальная личность уже не испытывает тревоги, уже приняла решение покончить с собой, выбрала метод совершения самоубийства и поэтому перестала тревожиться. Кроме того, пациенты-мужчины редко выражают суицидальные намерения спонтанно, у многих отмечаются признаки маскированной депрессии, затрудняющие правильный психиатрический диагноз.

59

Раздел III Группы суицидального риска

Антидепрессанты как средства самоубийства

Часто высказываются опасения о повышенном риске самоубийства и суицидальных попыток в связи с лечением депрессии антидепрессивными препаратами. Безусловно, нельзя недооценивать этой опасности, поскольку некоторые из них являются более токсичными по сравнению с другими аналогичными препаратами, и в случае передозировки могут привести к серьезным последствиям, в том числе летальному исходу. Антидепрессанты как средство отравления использовали примерно 5—8 % лиц, совершивших суицид (17). Соответственно, преобладающее большинство больных депрессией, покончивших с собой, прибегали к другим методам. Тем не менее, следует помнить, что антидепрессанты, назначенные для лечения или добытые у родственников, могут использоваться в качестве средства совершения самоубийства.

Довольно высокой токсичностью в случае употребления больших доз обладали более ранние трициклические антидепрессанты, новейшие же препараты менее токсичны. Однако даже их могут использовать в целях саморазрушения. Совершенно очевидно, что важную роль играют не только свойства препарата, но и намерение пациента, выраженное в количестве принятых таблеток.

Врачам и родственникам необходимо помнить, что риск суицидальных действий существует от начала лечения антидепрессантами до достижения полного терапевтического эффекта (18). После лечения на протяжении 2—3 недель у пациента ослабевают симптомы болезни и психомоторная заторможенность, однако сохраняется понимание болезни и кризисной психосоциальной ситуации. Кроме того, следует помнить, что в начале лечения некоторыми антидепрессантами усиливается тревога, которая является мощным стимулом суицидального действия. Поэтому в ходе лечения очень важно активное наблюдение за пациентом в виде периодических поддерживающих встреч.

Лечение депрессии и суицидальная превенция

Несмотря на методологические сложности оценки превентивного эффекта различных форм лечения в отношении самоубийства (частично из-за дивергентных факторов отбора в различных исследованиях и случайных колебаний уровней суицида в малых популяциях), результаты проведенных исследований и существующий клинический опыт вселяют немало надежд (см. главы 19, 20, 24 и 25). Они

60

Глава 4 Данута Вассерман Аффективные расстройства и самоубийство

свидетельствуют, что совместное применение психотерапии и фармакотерапии обладает достаточным превентивным эффектом.

К сожалению, хотя незадолго до совершения самоубийства 60 % людей обращаются за помощью, антидепрессанты назначаются лишь в 15 % случаев, причем у половины из этих пациентов отмечается их плохая переносимость, в результате чего лечение прекращается за 2—3 недели до суицида. Другим больным часто прописывают недостаточные дозы лекарств.

Согласно исследованиям, проведенным в Швеции и Финляндии, только 3—6 % больных, покончивших с собой, получали адекватные дозы антидепрессантов (13, 17). Кроме того, суицидентам очень редко оказывалась доступной психотерапия. Не часто встречалось применение электросудорожной терапии

и лечения литием. Согласно исследованиям финских ученых, только 3 % самоубийц проходили электросудорожную терапию, и такое же число — лечение литием (13).

Эффективное лечение депрессии с сочетанным использованием фармакологических и психологических методов является основной стратегией предотвращения суицида среди подростков, людей среднего возраста и пожилых. Тем не менее, лечение депрессии в смысле превенции самоубийства более полезно для женщин, чем мужчин.

История болезни Наедине с собой

Юсси, 40 лет

Юсси, 40-летний работник фабрики, родился в Финляндии, несколько лет назад в поисках лучшей работы переехал в Швецию. Он был помолвлен и жил с финкой, на год старше себя, от которой ждал ребенка. Ее четверо детей от предыдущего брака находились на попечении отца. Юсси считался молчаливым, спокойным, надежным человеком, заботливо относящимся к своей семье. Он имел ребенка от предыдущего брака, за которым присматривала бывшая жена.

За последние 6 месяцев обязанности, которые он выполнял на фабрике, изменились, и работа ему разонравилась. Он не боролся за сохранение своей прежней должности, однако почувствовал обиду и разочарование, когда его перевели на новое место.

На протяжении последних месяцев изменения произошли и в его личной жизни. Он перестал видаться со своими родными братьями и сестрами, которые жили в Швеции. Далее, он отказался навестить ро-

61

Рсиде* III Гр>ппы суицидального риск)

дителеи, которые 01 всей души приглашали его вместе с невестой и ее детьми на большой семейный сбор в Финляндию. Время от времени он жаловался на боли в одном и том же месте спины, которую он растянул, ремонтируя лодку.

За последние 4 недели Юсси потерял интерес ко всему. Ело не привлекала даже покраска любимой лодки, несмотря на приближение времени весенних и легних путешествий. Он выглядел глубоко подавленным, а порой — расстроенным и беспокойным. Однажды, несмотря на былую уравновешенность и спокойный характер, он ударил своего пятилетнего пасынка, ненадолго зашедшего навестить его и мать. Для невесты это событие послужило толчком предложить Юсси показаться врачу.

Он обратился к терапевту. Во время консультации он неохотно и мало говорил о ситуации на работе и в личной жизни, видимо, из-за отсутствия привычки к подобным беседам. Он не сообщил врачу о чувствах одиночества и подавленности, возникавших из-за беременности невесты, не упомянул о своей тревоге, связанной с возможными финансовыми проблемами, ибо ему предстояло содержать не только новорожденного, но и помогать всем остальным детям. Он не поделился с доктором и другими людьми и своими сомнениями в том, какой матерью для будущего ребенка станет его невеста, которая не занималась даже воспитанием своих детей от предыдущего брака.

В беседе с врачом Юсси также опустил, что на протяжении последнего месяца самые элементарные вещи кажутся ему сложными, и он видит все в черном цвете. Он не сказал, что временами у него стали возникать мысли о самоубийстве. Не прошло и года, как повесился его сослуживец, а родной дедушка, страдавший депрессией, прибегнул к этому методу, когда Юсси был еще ребенком. Не подозревая о подобных обстоятельствах, врач выписал обезболивающее средство.

Назначенное лечение не помогло, в поведении Юсси нарастали зависимость и пассивность, заметные членам семьи. Помимо боли в спине появились боли в голове и желудке, которые вызвали утрату аппетита. За три недели он похудел на несколько килограмм. В поведении Юсси все больше отдалялся от семьи.

Страдая бессонницей он прибегал к алкоголю Он целиком утратил интерес к жизни стал пассивным, вялым и замкнутым
Однажды он даже отказавшись встретиться с агентом по недвижимости из фирмы куда он обратился в поисках подходящей квартиры В отчаянии его невеста обратилась за помощью в местную церковь и пас-

62

Гтва 4 Данута Вассериан Аффективные расстройства и самоубийство
тор обещал навестить его Однако Юсси всегда испытывал сложные чувства к служителям культа, боясь их и считая суровыми
За день до назначенной встречи с пастором рано утром Юсси пошел в сад и повесился Его обнаружил и снял из петли проходивший мимо фабричный охранник После реанимационных мероприятий Юсси направили в психиатрическое отделение Он прошел электросудорожное лечение, после чего ему назначили антидепрессанты в сочетании с сеансами семейной терапии

Библиография

1 В\ай-Ш%\ С И- ЧеПчорС IV Еуезоп-Аппап М1 Ооадп-гаПп^ ЪтеПтс зшиск пзк 1п та)ог скргеззюп Асш Р%\с\иа1г Зсанс! 1997 95 259 263

2 П'и/зт БЯ Уа/Нап! О Е 1Уе11ь УЕ А язз^етапс геУ1е^ оГ (Ъе тсныНу от" ёергеззюп РзускозотаНс Мейгсте 1999,616- 17

3 ВисккоН: Напзеп Р Шт§ А К/а^к-Зо/етеп Р МогтаНгу ш та)ог атТесПуе сьзогйег гел\а(юпчЫр 1о зиб1уре от" Йергечзюп Тье ОашзЪ ишуегчиу АпыергевзаШ Огоир Асш РтсИшп Зсапс! 1993,87 329 335

4 Кгкте) 7. Ваг\$1,] АгсНо М Оетевег Е 8шс1с1е т зибгурез от"рптагу та^о^ ёергеззюп З АдесШе йтоЫ 1990 18 221—225

Я МсСопа\$1е К А 2Нао 5 е1 а! 1л&1нпе апс! 12-тотЪ ргеуа1епсе оС Ш-К. рзусьтГпс Й15огс1егя т 1Ъе 1-1ш1ес1 \$1а1ез АюН Сеп РчусНшт 1994 51 8 19

6 Неппкхчоп М Аго Н МагИипепМ е! а1 Меп1а1 ё1зогс1егч апс! сотогЫсЬгу т зи1С11Йе Ат У Рчускшт, 1993, 150 935—940

7 Ке%1е) О Вшке У Вшке К СотогЫсЬу оГатТес11Уе апс! апх1е!у ё^огйсг1! ш (Ъе Ы1МН Ер1с1етю1оё1с Са1сЬтеп1 Агеа Рго\$гат 1п Мазег } , С1опт\$ег К. (ейз) СотогЪ^Пу оГ тооё апс! апх!егу йдзогёегз ХУазьт^топ Т)С Ц15А Атспсап РьусИттс Ррезз, 1990 113 122

8 МоЛезПп У Корр ТУ 51ис1у оп зи1С1с!с т с1ерге\$зес1 траПептз З 4//ес1п е В>-зо!с1 1988 15 157 162

9 В1итеш1ю1 5 3 Ап оуеппедл/ апс! зупорыз оГ пзк ГасЮгз азеззтет апс! (геаттеп! оГзи1С1с!а1 рапетз о\ег (Ъе НГе еус!е 1п В1итеп(Ба1 \$ } КирГег О I (ес!з) 8шис1е оуег (Ъе ЫЛ сус1е пзк тас(огз азевьзтеп(, апс! (1еа(теп(оГ 5и1С1с1а1 ра(1еп(ч ХУазьт^оп Б С , Ц8А Атспсап Рьусьт(пс Ррезз 1990 685 733

10 СопмеИ У ОиЪеи1ет РК Сох С е! а\ Ке1а(юпзЫрь оГ а^е апс! ах1ч 1 ётёпозев 1П У1с(1тз оГсотр!е(ес1 зшс1(1е а рзусьо1оё1са1 аи(орзу з!ис1у Ат З Рчускшт 1996 153 1001 1008

11 КепсИе/ К Кем/е/Я Ыеале М е1 а! Тье ргесьиюп оГггиуог Йергевзюп т \\\ отеп (о\агс!ап 1п(е\$га(ес1 е(ю1о\$1с тос!е1 Ат У Р<, \скшт 1993 150 1И9 1148

63

Разде1 III I руппы суицидального риска

12 Га\сен З Ъске/Ше> IV Га^з Ъ е! а! Т1те-гел\а(ей ргсЙ1С(ог5 оГ 5и1С1с1е т та.ЮгаГГес(1Уе сьогс1ег Ат У Рчик/апу 1990,147 1189 1194

13 /ьоте/^а Г. ^опп^V^5I ^ Зшийе т тоос! <11зогс1ег5 1п Во1515 ^ А , 5о1с1а(оз С К., ЗгеГашь С N (ейз) 8ии.и1е Ъурьусьозост! арргоасьез Атя1егс1ат, Тье ИегКеНапаз Еьсушг 1997 33 47

14 Iеме/ О 8шис1а1 БеБауог ш Ъфо1аг апс! ишро!аг аСГес(1Уе с115огс!ег5 а тега-апа!у515 3 ЛЦесП\<е Оио/Л 1993,27 117 121

15 Згтрчоп 8 0 Зситзоп К К ТЪс пчк оГ зшайе т раиеп(5 \У11Ь Ъф01аг
ё15огаегз 3 С1ш Ри'с/иа/п 1999 ъО(Зирр1 2)53 -56

16 АИ^иктс/е/ С Зшскк тле тоПаМгу раиегпз т агте^у пейго815 апс!
с1ергеz51Уе пейго515 А/ск Сеп Р^скшГп 1994 51 708- 712

17 1зася!>оп С НоЪпреп Р М'аь^итст О Вегдтап 1} Цзе оГ
ап(1с1ерге55ап1ч атопц реор1е сотгшШпё зиукЛе т 5иес1еп ВШ 1994,308
506- 509

18 5ск\е1:е1 Р Оеуе/ А С1агу С 8шс1с1е ироп гесоуегу Ггот йергеззюп а
сНтса! по(е 3 Ле;^ МеШ От 1988, 176 633—636

64

5

Алкоголизм, злоупотребление другими

психоактивными веществами и

самоубийство

Данута Вассерман

Введение

Термин «алкоголизм и злоупотребление другими психоактивными веществами» охватывает состояния от употребления с вредными последствиями до стойкого злоупотребления и синдрома зависимости. Существуют расхождения в клиническом определении состояний злоупотребления или чрезмерного потребления, однако диагноз зависимости от алкоголя или других психоактивных веществ носит более обоснованный характер.

На Западе взрослые употребляют алкоголь повседневно в некоторых социальных ситуациях. Небольшое его количество позволяет уменьшить эмоциональное напряжение, подавленность и тревогу и набраться смелости для взаимодействия с окружающими. Однако с течением времени чрезмерное употребление алкоголя влечет за собой разрушительные последствия.

Определение повышенного употребления алкоголя

Поскольку роль алкоголя меняется в зависимости от социальной среды и культуры, уровень, который определяется как «высокий» и ведет к риску развития соматических и психических осложнений, в разных странах, а также у мужчин и женщин является различным. В Великобритании и Швеции в группу высокого употребления алкоголя входят мужчины, выпивающие более 210 граммов этанола (эквивалент 3,5 бу-

65

Раздел III Группы суицидального риска

тылок вина) и женщины, выпивающие больше 140 граммов этанола (эквивалент 2,5 бутылок вина) в неделю. В Финляндии, например, это количество выше, а в США — ниже.

Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость

Данные по злоупотреблению алкоголем и алкогольной зависимости различаются в зависимости от стран, социальных и этнических групп. В национальном исследовании сопутствующей заболеваемости, осуществленном в США, распространение алкогольной зависимости среди мужчин оценивалось в 20 %, а злоупотребление алкоголем — в 12 %. У женщин эти показатели составили соответственно 8 % и 6 %. Важно отметить, что состояние зависимости не обязательно длится на протяжении всей жизни.

Злоупотребление наркотиками и зависимость

В упомянутом исследовании распространение зависимости от наркотиков среди мужчин было оценено в 9 %, а злоупотребления ими — в 5 %. У женщин эти показатели соответственно составили 6 и 3 %. Наркоманы часто сочетают использование алкоголя и препаратов, продающихся по рецепту. Достоверных данных относительно уровней злоупотребления и зависимости, вызванной запрещенными препаратами, в различных странах очень мало. По оценкам, в некоторых из них до 30 % взрослых среднего и старшего возраста несколько

раз в жизни принимали запрещенные вещества (2).

Риск самоубийства

Смертность среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в 4 раза выше, чем в целом в популяции, причем причиной половины смертей является насильственная смерть, особенно самоубийство. Согласно данным длительных наблюдений, порядка 7 % пациентов с алкогольной зависимостью умирает, покончив с собой. Уровни смертности вследствие суицида у наркоманов и алкоголиков приблизительно равны (4, 5) Ретроспективные исследования показали, что злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость отмечаются у 15—50 % людей, покончивших с собой, частота зависит от исследованной популяции, а также возраста и пола По сравнению с другими проблемами злоупот-

66

/ юва 5 Данута Вассерман Алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами и самоубийство

ребление алкоголем чаще наблюдается у самоубийц обоего пола в молодости и у мужчин среднего возраста. Данные о связи алкоголизма и суицида среди женщин и пожилых, как правило, являются заниженными, вероятно, вследствие этических соображений, поскольку в обществе эта проблема считается постыдной (6).

У многих людей риск самоубийства не обязательно возникает как итог тяжелой зависимости (7) Для многих случаи чрезмерного употребления алкоголя и опьянения также обуславливают риск несчастных случаев, насилия и самоубийства в силу снижения способности к контролю своих побуждений и конструктивному мышлению Алкоголь способствует серьезному нарушению когнитивных способностей и, как следствие, утрате гибкости мышления и возможности принимать альтернативные решения. Вместе с тем, алкоголики с суицидальными тенденциями часто отличаются неплохой способностью справляться с жизненными ситуациями. Как правило, они совершают самоубийство, если находятся в состоянии опьянения при наличии множества накопившихся проблем. Неплохим функционированием в жизни, вероятно, объясняется тот факт, что они весьма редко становятся объектом психиатрического лечения.

Исследования, проведенные в Финляндии (8), показали, что трудоустроенные алкоголики совершают самоубийства по выходным дням гораздо чаще, чем безработные алкоголики. Их риск повышается у людей с повышенной склонностью к тревожности и депрессии, поскольку за опьянением следует состояние похмелья, в котором эти симптомы обостряются

Суицидальный процесс

Лица с суицидальными тенденциями, злоупотребляющие психоактивными веществами, очень часто прямо сообщают о своих намерениях как перед самоубийством, так и задолго до него. В состоянии опьянения или вне его они могут обвинять близких в сложившихся трудностях и, как следствие, в суицидальном кризисе Нередко эти обвинения выдвигаются в состоянии эмоционального возбуждения во время семейных конфликтов Довольно парадоксально, но цель подобного общения может состоять в удовлетворении потребности во внимании и поддержке со стороны близких. У лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, суицидальный процесс обычно продолжается в течение нескольких лет

67

Раздел III Группы суицидального риска

К сожалению, в ответ на свои суицидальные послания они получают множество негативных откликов со стороны как родственников, так и медицинского персонала, которые могут проявлять выраженную амбивалентность и агрессивность, тем самым ускоряя переход суицидального процесса в самоубийство Часто его совершению способствует утрата

жизненно важных взаимоотношений. Суицидальный пациент, злоупотребляющий психоактивными веществами, теряет при этом не только любовь, но и часть своей и без того низкой самооценки, поскольку ушедший человек обеспечивал не только поддержку, но и его чувство собственного достоинства. Чем больше зависимости присутствовало в этих взаимоотношениях, тем сильнее становится риск, что разрыв отношений может ввергнуть его в хаос, регрессию и подтолкнуть к аутодеструктивным действиям (9). Чрезмерная уязвимость этих пациентов к разрывам отношений своими корнями уходит в детство — в то время, когда им часто не хватало поддержки родителей и не с кем было поговорить. Пережитые разрывы (в силу смерти, развода родителей или их ухода из семьи), наряду с социальными лишениями, алкоголизмом и нередко психическим заболеванием родителей, вносят свой вклад в возникающий недостаток «хороших» объектов для идентификации. Он препятствует развитию высокой самооценки и адекватных стратегий приспособления к жизни. Проблемы с отношениями во взрослой жизни, чреватые угрозой неминуемого разрыва, часто повторяют усвоенные в детстве модели поведения и актуализируют прежние чувства бессилия, безнадежности и злости. В этой ситуации до точки, когда суицидальное поведение становится единственным выходом, остается лишь один шаг.

Пациенты, злоупотребляющие психоактивными веществами, отличаются повышенной чувствительностью, обидчивостью и склонностью к негативным интерпретациям. Как правило, своими манерами и поведением они сознательно или неосознанно провоцируют негативные реакции окружающих, которые, в свою очередь, вызывают у них чувства отвержения, ненужности и брошенности. Таким образом, возникает замкнутый круг, завершающийся чувством безнадежности и риском суицидального поведения.

Когда жизнь кажется бесцельной и унылой, суицидальные мысли и стремление к смерти могут возникнуть даже у людей, обычно далеких от суицидальное™. Но у большинства расстояние между суицидальными мыслями и действиями все же достаточно велико. Пациентам, злоупотребляющим психоактивными веществами, обычно свойственно ослабление рассудительности и расторможенность влечений, поэтому у

68

Глава 5 Данута Вассерман Алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами и самоубийство

них от мыслей до действий — всего лишь шаг. Для них утраты, разрывы отношений и обиды, которые другими воспринимаются как несущественные, могут стать факторами, ускоряющими самоубийство (см. также главы 2 и 13).

Сопутствующие заболевания (коморбидность)

Оценка злоупотребления психоактивными веществами в качестве единственного фактора суицида является затруднительной, поскольку ему часто сопутствуют аффективные, тревожные и личностные расстройства, особенно пограничного типа.

Тем не менее, алкоголизм как фактор риска суицида находится на втором месте после аффективных расстройств. В свою очередь, аффективные расстройства характерны для больных обоих полов. У женщин в 2/3 случаев алкогольной зависимости в анамнезе отмечалось тяжелое депрессивное расстройство. У мужчин аффективные расстройства почти в 80 % случаев предшествуют злоупотреблению алкоголем и зависимости.

Многие больные алкоголизмом жертвы суицида часто страдают затяжной тяжелой депрессией со средней продолжительностью в один год. К сожалению, она характеризуется атипичными симптомами, которые затрудняют диагностику. Другим фактором, иногда препятствующим установлению диагноза у больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями, становится доминирование симптомов личностных расстройств, которые маскируют признаки депрессии (6).

У подростков и юношей, зависимых от алкоголя и совершающих самоубийство, весьма часто отмечаются серьезные и затяжные психические заболевания, психосоциальные дисфункции и антисоциальное поведение (13). Аналогичные феномены часто характеризуют и их семьи. В некоторых странах, например Скандинавии, в отличие от США алкоголизм и злоупотребление психоактивными веществами с одинаковой частотой регистрируются в случаях самоубийств подростков и юношей мужского и женского пола. В этом возрасте лица с тяжелой зависимостью, как правило, употребляют алкоголь в выходные дни, на которые приходится повышенная частота их самоубийств (8).

Диагноз и лечение

В 1995 году Американская психиатрическая ассоциация подвела итог различным исследованиям в этой области и обнародовала несколько

69

Раздел III Группы суицидального риска

ко форм эффективной терапии. Длительность лечения может быть различной, однако для достижения изменений при умеренной алкогольной зависимости требуется не менее 6 месяцев. Обычно лечение длится до двух лет. Даже если улучшение наступает быстро, с пациентом важно поддерживать контакт. Если существует риск суицидального поведения, детоксикацию в условиях стационара следует проводить на протяжении достаточно длительного времени.

Зависимые от алкоголя мужчины с суицидальными тенденциями часто консультируются у терапевтов или в отделениях скорой помощи по поводу соматического недомогания. Порой терапевту сложно распознать алкоголизм или злоупотребление психоактивными веществами, особенно при скрытности пациента. В этих случаях оказываются полезными структурированные формы опроса, например, опросник CAGE (15). Аббревиатура состоит из латинских букв C (си1 ё\уп — «завязывать»), A (аппоуапсе — раздражение), S (\$иШу ГееПп\$5 — чувство вины) и E (еуе орепег — «открывший глаза»). Акроним CAGE относится к четырем вопросам.

C. — Чувствовали ли Вы когда-нибудь, что с выпивкой следует «за-вязывать»?

A. — Раздражали ли Вас люди, критиковавшие за пьянство?

S. — Испытывали ли Вы когда-либо чувство вины по поводу пьянства?

E. — Случалось ли так, что, «открыв глаза» утром, Вы первым делом выпивали, чтобы успокоить нервы или избавиться от похмелья?

Другая возможность при работе с мужчинами, страдающими алкоголизмом, состоит в использовании методики продолжительного наблюдения, включающей систематический контроль за частотой и качеством потребляемого алкоголя и наркотиков в течение 6 месяцев. Злоупотребление и зависимость у женщин часто остаются нераспознанными (несмотря на то, что многие из них являются пациентками психиатров) в силу их нерасположенности к обсуждению алкогольных стереотипов и недостаточной бдительности врача.

В лечении следует учитывать тип и степень злоупотребления, соматический статус, сопутствующую психиатрическую заболеваемость, уровень социального функционирования и проблемы в жизненных сферах, на которые злоупотребление оказывает влияние. Терапевтические приемы могут простирались от простого предоставления совета или лечебной рекомендации до помещения в стационар, особенно при наличии острого риска суицида

70

Глава 5 Данута Вассерман Алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами и самоубийство

Психосоциальная поддержка

При выборе психосоциальных форм лечения следует принимать во внимание личностные особенности зависимого. Следует описать цели лечения как

последовательность действий (предпочтительно в письменном виде) и осуществлять регулярный контроль за их выполнением. Когнитивной сфере многих зависимых с суицидальными тенденциями свойственна конкретность. Следовательно, вначале важно соотнести эти психические особенности пациента с возможно более конкретными целями, и только постепенно усложнять задачи. В процесс лечения должны быть вовлечены родственники зависимых суицидентов, поскольку для их семей часто характерны эмоциональные проблемы (14).

Психотерапия

Зависимые часто колеблются между переоценкой и унижением себя и других людей, включая медицинский персонал. Они легко обижаются и часто чувствуют себя отвергнутыми, в силу чего возникает негативное отношение к лечению и недостаточная склонность к сотрудничеству. Более того, импульсивность зависимых и их установка «сейчас или никогда» требуют, чтобы психотерапия и медикаментозное лечение были гибкими и приспособленными к конкретным психологическим потребностям пациента (9, 14).

Психотерапевтическое воздействие включает групповую, семейную и индивидуальную терапию. Подросткам рекомендуется семейная терапия. Как правило, хорошие результаты дают когнитивная психотерапия и образовательные техники, содержащие конкретные кратковременные и долгосрочные задачи (14).

Медикаментозное лечение

Для определения, в какой степени зависимый страдает от депрессии, следует завершить детоксикацию. В первые дни этого процесса у 60 % больных алкоголизмом обнаруживаются серьезные симптомы депрессии. По истечении двух недель ее признаки наблюдаются лишь у каждого пятого. Таким образом, эти больные должны находиться в трезвом состоянии по меньшей мере на протяжении двух недель, прежде чем возникнет возможность оценки их потребности в лечении антидепрессантами (16). С другой стороны, зависимым, подверженным суицидальному риску, у которых диагноз депрессии установили ранее, лечение антидепрессантами следует начинать как можно раньше.

71

Раздел III Группы суицидального риска

В ходе этого лечения не только ослабевает депрессия, но и уменьшается влечение к алкоголю. Существуют исследования, которые свидетельствуют, что антидепрессанты могут вылечивать депрессию и одновременно предотвращать рецидивы злоупотребления у больных наркоманией. Вместе с тем, фармакотерапию всегда следует сочетать с формами психосоциальной поддержки.

Доступность алкоголя

Среди причин алкоголизма равная роль принадлежат наследственным, психосоциальным и социокультуральным факторам. Доступность алкоголя и традиции культуры, поощряющие его употребление, оказывают негативное влияние на уровень смертности вследствие суицида (см. также главу 29).

Что следует предпринимать

Обращать внимание на лиц, злоупотребляющих алкоголем, в ситуациях риска. Если у человека внезапно возникли проблемы в межличностных отношениях, на работе или в других обстоятельствах, и он начинает выпивать по выходным дням, окружающим следует обратить на это внимание. Аналогичного отношения требуют молодые люди, которые злоупотребляют алкоголем по выходным и происходят из семей с высоким риском, а также зависимые от алкоголя и наркотиков по месту работы.

Улучшать диагностику, лечение и организацию помощи

Необходимо улучшить выявление злоупотребления психоактивными

веществами среди женщин с проблемами психического здоровья, а также уделять большее внимание психиатрическим проблемам у мужчин, которые злоупотребляют алкоголем или наркотиками и отличаются неплохим уровнем психосоциального функционирования. Лишь малое число пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами и совершающих самоубийство, получают адекватную психиатрическую помощь в последний месяц своей жизни, несмотря на отчетливость психического заболевания.

Приведенные факты являются очевидными, хотя мужчины и женщины часто обращаются в медицинские службы и сообщают персоналу о

72

Глава 5. Данута Вассерман. Алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами и самоубийство

своих намерениях перед совершением суицида. По всей видимости, ответственность следует возложить на формы организации помощи: во многих странах отмечается недостаточное взаимодействие между наркологическими службами, врачами общей практики и психиатрическими отделениями. Аналогичным образом дело обстоит и с сотрудничеством со службами социального обеспечения, которые отвечают за реабилитацию. Одним из решений по преодолению описанных трудностей может стать организация специальных учреждений здравоохранения, которые бы занимались экспертизой лечения пациентов с двойным диагнозом.

История болезни Инициация наркомании

Анн-Мари, 30 лет

Маленькая и хрупкая Анн-Мари в целом вызывала у окружающих отчетливое чувство заботы, несмотря на то, что временами проявляла замкнутость, отстраненность и провоцирующие формы поведения. Ее мать умерла от рака шейки матки, когда Анн-Мари было 12 лет. Вскоре ее брат стал злоупотреблять наркотиками и через два года после смерти матери застрелился. Его тело обнаружила Анн-Мари, и до сих пор это воспоминание вызывает у нее душевную боль. Отец, рыбак по профессии, который был старше жены на 20 лет, после ее смерти и гибели сына впал в глубокую депрессию и полнейшую изоляцию. Он не мог заботиться о дочери и не проявлял никакого интереса к ее учебе, остальной жизни и ее будущему.

Начиная с раннего подросткового возраста у Анн-Мари возникли повторявшиеся состояния депрессии с отчетливо выраженной сезонностью. В это время у нее появлялись серьезные размышления о самоубийстве и гнетущее чувство бессмысленности жизни. В силу нараставшей утраты интереса к учебе она не смогла завершить обязательное девятилетнее образование. Школьный психолог, с которым она регулярно встречалась, ни разу не заподозрил у нее признаков депрессии.

В возрасте 16 лет ее устроили работать няней, но вскоре уволили после того, как семья обнаружила, что ее сожителем стал известный наркоман. Ему Анн-Мари обязана знакомством с наркотиками и алкоголем. Служба социального обеспечения, в которую она обратилась, вначале подыскала ей жилье в общежитии, а затем нашла временную работу подсобницей в ряде магазинов. Эта работа ей не нравилась. Она все больше втягивалась в круг товарищей своего «жениха» и его привычек,

73

Разде: III Группы суицидального риска

связанных с употреблением наркотиков Каждый раз, когда возникали конфликты с ним или его компанией, ее охватывали мрачные чувства безнадежности и мысли о самоубийстве

В возрасте 18— 20 лет Анн-Мари несколько раз направляли в различные службы для лечения наркомании, но каждый раз после кратковременного пребывания выписывали, и она возвращалась в прежнюю среду Ее жизнь превратилась в постоянный хаос, в котором участвовало много людей — из

психиатрических клиник, социальных служб и полиции Анн-Мари была не в состоянии перечислить имена тех людей, которые несли за нее ответственность и было очевидно что у нее ни с кем не завязалось тесных контактов Ее случай все воспринимали как безнадежный

В возрасте 20 лет на протяжении полугода она совершила четыре суицидальные попытки, которые были вызваны допросами полиции в связи с участием Анн-Мари и ее «жениха» Олле, временно освобожденного из тюрьмы под честное слово, в распространении наркотиков и краже со взломом Другим фактором, спровоцировавшим суицидальные попытки, стала проблема отношений («треугольника», включавшего ее, Олле и ее временного сожителя, когда Олле находился в заключении), которую она была не в состоянии решить

После четвертой попытки, связанной с употреблением большого количества снотворных таблеток, Анн-Мари несколько дней провела без сознания в реанимации Там ей встретила медицинская сестра, которая сумела разобраться в ее проблемах и убедить ее пройти долгосрочный курс лечения в центре для наркозависимых

Через несколько лет реабилитации Анн-Мари продолжала регулярно встречаться с психотерапевтом И спустя десять лет после лечения она использовала эти контакты с периодичностью несколько раз в год У нее была работа — ассистентом медицинской сестры в доме для престарелых, — которая ей нравилась Свободное время она посвящала во-лонтерству, помогая в реабилитации бывших проституток-подростков Она оставалась незамужем, но поддерживала постоянные отношения со сверстником-сантехником

Библиография

1 Ке%4и КС \с/и>>1 С В МсСоп%1е К 4 е! а! Тье ср1с1етю1оцу оГ <~о- асМюпус апс! теп(а! (Ъзог^е!1. 1трЪса1юп5 им ргсусппом апс! ьетсе Ат ^ Опкорч\сЪш11\ 1996 66 17 31

74

/шва 5 Данута Вассерман Алкоголизм лоупотребление другими психоактивными веществами и самоубийство

2 Сг/ш/а С Азкюик М ЛВС оГ тепГа! Беа!Л аскЪсСюп <т<1 1111СИ с!шё5 В) Мее/ I 1997 315 297 300

3 /пчк/р Н М Наш? С Ван ас1ои\$к В 1лГс(1те пзк оГ 5шс1ёе Гог а йьогёег а](-огю11ЫТ1 апс! ы-Ъ]7орЪгеша В/ У Ръус/иапу 1998 172 35 37

4 О\е/ао А С1юс1<,е Н С 1апс\ С Со>кеп, 3М 8шис!е атогщ йщ асЫкЛ^ т сЪс11К В/ 7 РпсНшт 1999 175 277 282

5 ОкЪе1цА УионЪ О/априя I Ыппдуц 7 А1соЙо1 ап<3 ски^ь т чи1С1с!е5 В/ У Раускшиу 1996 169 75 40

6 Мшрку СЕ Зи1С1с1е т а1соБо11ьт №ш Уогк ОхГогс! игтегч^у Р1езь 1992

7 Гау1о> С Сооре> У 4pp1сп\ Б 1з зиюкЗе пзк 1акеп <>егюиь1\ т Беауу йппкегБ ш1ю Багт 1Нет5е1уе59 Ааа Р\$\скшП Зсапа1 1999 100 309 311

8 Риколa 5 А1соБо1 апс! огЪег чиБ^гапсе гш5и\$е ш ьии.1с1е а юушш Рискшпш Рептса 1999 30 80 92

9 У/аччеипап О А1согю1 апс! ьшиёа! ЫсЪа^юиг Уо/Лг 3 Рчускшт 1993 47 265—271

10 Ве1\$11,па1 М О}ека^,еп А Тье шПиепсе оГ а1соБо1 Йппкшц апс! а! соБо1 иьс с118огс1ег5 оп рьусЪтгпс с115О1с!сгч апс! ьиаск! БеБаУЮ! А1соко1 С1т Ехр Яеч 1998 22(5ирр17) 333 345

11 Согпе1шч 3 Я ЗаНоит IM Вау NЪ е1 а1 РаЙегпз ог чи1С1ЙаЫу апд а1соБо1 иче 1П а!соНо1и.5 дапЪ та^о^ Йергевзюп А1соко1 С1т Ехр Кел 1996 20 1451 1455

12 ОттсМ/с 5 Н Ке/ск Т С/опищег С К РзусгнаГпс сотогглсЪгу апс! зшскЗаБГУ атоп\$ ттгауепоиц с1шц изегч 7 С1ш Ръускийгу 1992 53 364 369

13 Викч1ет О В/еп/й Регре) У е! а! Клзк гасЮгз <ог сотр1егес1 5и1С1с1е атопц ас1о1е5сеп(5 \У1(Б а ЫГеПте Ы13(огу оГзиЪзГапсе абиье а саье-соп1го1

5Шс1у Ас 1а Рзускши Зсапа1 1993 88 403 408

14 Атепсап Рзуспагпс Азьосыиоп Ргасйсе §и1с)е11пе гог 1Ье 11еа(теп(оГ ра[1еп(5 №1(Ь чибЗСапсе и§е Й15ог^егч а1соБо1, сосате апс! орт1с!з Ат У Рзускшпу 1995, 152(5иррП1) 1 59

15 Мау(1е\<1 й МсЬеос! С НаН Р ТЬе САОЕ ^иезйоппа1^е уабйаГюп оГ а পেу а1соБо11зт чегеепт^ 1П51штеп1 Ат У Рхускши-у 1974 131 1121 1123

16 Зскиски М А Оги§ апс1 А1согю1 АЬизе А сНшса! §тее Ю с]1а§по^15 апс! 1геа(теп1, 4Л еёп Ые\у Уо1к Р1епит РибкзЬтд 1995

Тревожные расстройства, симптомы тревоги и самоубийство

Ян Фосетт

Тревожные расстройства

Согласно руководству по диагностике и статистике психических расстройств (О8М IV) существуют различные симптомы тревоги, которые в сочетании образуют более или менее клинически определённые тревожные расстройства. Среди них важнейшими диагностическими категориями являются.

- генерализованное тревожное расстройство;
- паническое расстройство,
- различные фобические состояния, и
- обсессивно-компульсивное расстройство. Посттравматическое стрессовое расстройство также относится к этой группе психических заболеваний.

Среди тревожных расстройств, представленных в О8М IV, на предмет связи с суицидальным поведением были изучены панические состояния и обнаружено, что они сочетаются с более высоким уровнем самоубийств (1) и суицидальных попыток (2). Сохраняются разногласия по вопросу о достаточности одного панического расстройства для повышения суицидального риска, или он связан также с наличием тяжелых аффективных расстройств. Возрастает признание факта, что некоторые тревожные расстройства увеличивают риск суицидального поведения, если они сопутствуют тяжелым аффективным расстройствам (3, 4). Обзор международного клинического опыта свидетельствует, что степень повышенного суицидального риска соотносится с тяжестью симптомов тревоги, и у пациентов с тяжелыми аффективными расстройствами кли-

76

Глава 6 Ян Фосетт Тревожные расстройства, симптомы тревоги и самоубийство

ницисты иногда не распознают симптомы тревоги (5). У пациентов с наличием симптомов тревоги и аффективного расстройства риск самоубийства выше по сравнению с теми, которые страдают только последними (6). В одном из исследований высказано предположение, что тревожные расстройства, такие как панические состояния, обладают самостоятельным влиянием на рост суицидального риска, однако оно не нашло подтверждения у других исследователей и требует тщательного дополнительного изучения (2, 7). В различных исследованиях, посвященных чрезмерной тревоге как черте или острому состоянию, сопутствующему аффективным расстройствам, показан повышенный риск суицидального поведения у детей, подростков и взрослых. Эти наблюдения являются верными и для приведенного выше перечня тревожных расстройств.

Симптомы тревоги

В ряде клинических исследований установлено, что серьезные симптомы тревоги, возникающие на фоне клинически отчетливых депрессивных расстройств, могут стать важным фактором краткосрочного суицидального риска, и они обратимы под влиянием лечения (8). Это наблюдение с учетом обзора новейших исследований позволяет предположить, что классические факторы риска самоубийства, такие как предшествующие суицидальные

попытки и суицидальные мысли, связанные с долговременным риском, не всегда являются полезными при оценке и вмешательстве в ситуации, связанные с острым риском самоубийства. Эти находки указывают, что необходимо обращать больше внимания на оперативное выявление и лечение симптомов тревоги у больных клинической депрессией. До настоящего времени наиболее связанными с суицидальным риском являются серьезные психические симптомы тревоги (сильное чувство страха, продолжительное чрезмерное беспокойство или панические атаки), ажитированное возбуждение (с телесными движениями или вокализацией), злобная неудовлетворенность и фрустрация (5, 6, 8, 9). Клиническими проявлениями, подозрительными в отношении суицидального риска, являются эмоциональные вспышки, связанные с неустойчивостью настроения и утратой контроля, а также тревога, выраженная диссоциативным поведением в сочетании с депрессией, хотя в проведенных исследованиях они изучены в меньшей степени.

77

Риск III Группы суицидального риска

Депрессия и тревога

Существуют предположения, что в своей основе депрессия и тревога обусловлены сходной биологической уязвимостью, однако с клинической точки зрения главное различие состоит в том, что депрессия характеризуется заторможенностью поведения, а в тревожных состояниях больной обычно возбужден. Показано, что на состояния тревоги влияет взаимодействие важнейших нейромедиаторов мозга - дофамина, норадреналина и серотонина. Известно, что вызываемое бензодиазепинами усиление активное! и гамма-аминомасляной кислоты (оказывающей тормозящее влияние на активность мозга) облегчает симптомы тревоги.

Суицидальный риск и выраженная тревога

Существуют доказательства, указывающие на симптомы выраженной тревоги как фактор риска самоубийства у больных, помещенных в стационар или доставленных в больницу скорой помощью. Проспективное исследование, в котором сравнивали наличие и выраженность симптомов у стационарных больных с тяжелой депрессией, совершивших суицид, и больных, не предпринявших подобного поступка, выявило в этих двух группах существенные различия ряда психопатологических проявлений на протяжении первого года наблюдения (5, 6, 8):

- выраженности психических проявлений тревоги;
- наличия панических атак;
- умеренного злоупотребления алкоголем;
- постоянной бессонницы;
- выраженной ангедонии; и
- плохого сосредоточения внимания.

Эти проявления чаще отмечались у суицидентов в сравнении с оставшимися в живых. Отмеченная тенденция не касалась предшествующих суицидальных попыток и мыслей о самоубийстве, эти факторы считались стандартными предикторами суицидального риска. В этом исследовании корреляция между суицидальными мыслями и самоубийством против отсутствия подобного поступка становилась значительной и для предшествующих суицидальных попыток приближалась к значительной только в течение 2—10 лет наблюдения (5). Таким образом, выраженная тревога и связанные с ней симптомы могут считаться более полезными факторами острого суицидального риска, чем стандартные предикторы, которые в большей мере связаны с долговремен-

78

ным риском самоубийства. Одним из объяснений этих находок может быть отсутствие исследований, в которых симптомы тревоги наблюдались в течение первого года после суицидальной попытки.

Ретроспективно у 79 % стационарных пациентов, покончивших с собой, были выявлены выраженная психическая тревога, интенсивное возбуждение, или оба признака вместе, примерно за неделю до самоубийства (9). В ходе первичной беседы в стационаре серьезные симптомы тревоги непосредственно перед суицидальными попытками отмечали 90 % пациентов, доставленных в связи с их серьезностью скорой помощью и нуждавшихся в госпитализации; 80 % опрошенных сообщали о симптомах паники (10).

Несомненно, необходимы дальнейшие исследования для воспроизведения валидности и проверки чувствительности и специфичности симптомов выраженной тревоги как факторов острого риска, а также создания инструмента (например, шкалы или опросника) оценки отдельных симптомов тревоги. Кроме того, следует дать более полное описание уровней выраженности симптомов, которые являются прогностическими в отношении острого суицидального риска, для разработки оптимальных стандартов повышенного риска самоубийств у суицидентов.

Лечение

Приведенные данные предполагают, что распознавание и быстрое лечение симптомов выраженной тревоги могут снизить острый риск суицида даже до излечения лежащей в основе депрессии, поскольку быстрое применение анксиолитиков можно сравнить с длительным использованием антидепрессантов, доступных в настоящее время (8).

Известно клиническое наблюдение, что некоторые антидепрессанты в течение первых недель лечения могут ухудшать восприятие пациентом тревоги. Этот эффект особенно отмечается у больных, страдающих тревожной депрессией, которых лечили селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, возможно, в связи со стимуляцией его (8-2) рецепторов. Сочетание повышенной тревоги и одновременного снижения психомоторной заторможенности повышает риск аутодеструктивных действий в форме суицидальных попыток и самоубийств. По этой причине на протяжении первых недель лечения необходима особая бдительность врача и членов семьи. Как правило, пациентам с тревогой дополнительно помогает и поддерживающая психотерапия.

79

Раздел III Группы суицидального риска

Действительно, разработка безопасного варианта лечения с быстрой эффективностью, целенаправленно воздействующего на психические проявления тревоги, панические атаки и возбуждение, может существенно улучшить исходы лечения, уменьшить частоту рецидивов и заметно снизить страдания большей части депрессивных больных с сопутствующими симптомами тревоги независимо от наличия повышенного суицидального риска.

Однако сегодня отсутствуют исследования, подтверждающие, что лечение, специфически направленное на симптомы тревоги и возбуждения, снижает острый риск суицида. Существующие доказательства этой гипотезы являются условными и косвенными, хотя, возможно, и логичными. Тем не менее, если у депрессивных пациентов отмечаются выраженные симптомы тревоги, и они подвергаются немедленному лечению, то позволительно предположить возможность предотвращения самоубийства и ускорение выздоровления от депрессии. Практические проблемы, касающиеся набора достаточного числа больных, и этические проблемы, связанные с отказом от лечения, могут привести к недоступности данных, необходимых для исследований.

Современный клинический опыт отчетливо свидетельствует о важности лечения тревоги у суицидентов. Иллюстрацией является следующая история

болезни

История болезни

Мужчина 47 лет, белой расы, разведенный, страдающий биполярным аффективным расстройством, которое до начала лечения стоило ему поста руководителя из-за ошибок в решениях и интуиции, при рецидивах депрессии эффективно лечился литием и флуоксетином (про-заком). Впервые она возникла в ситуации межличностного стресса и одновременных поисков новой работы. На ее фоне отмечались внезапные приступы сильной тревоги, беспокойство и страх провала. В состоянии безнадежности он решил покончить с собой, закрывшись в гараже и сев в машину с включенным двигателем. Его госпитализировали в больницу, назначив венлафаксин (эффексор) (300 мг/сут) и альпроза-лам (ксанакс) (4 мг/сут). Каждое утро, проснувшись, он говорил о мучительной тревоге, которую усиливали безнадежность и страх перед необходимостью содержать себя и детей от предыдущего брака. Он отмечает быстрое ослабление тревоги сразу после утренней дозы альпра-эолама и в течение нескольких дней существенно уменьшились прояв-

80

1тава 6 Ян Фосетт Тревожные расстройства симптомы тревоги и самоубийство

ления депрессии. В состоянии ремиссии больной продолжал получать литий (1500 мг/сут), дивалпроэкс (депакот) (1500 мг/сут) и венлафак-син (300 мг/сут) с альпразоламом в дозе лишь 0,5 мг. Он успешно начал работать на новом месте.

Библиография

1 Сог-уеН № Ыауез Я Г/алс> У Ехсехх тогла!1(у т рашс с!15огс!ег А сошрапзоп

тейЪ рптагу итро1аг (крgezзюп Агск Сеп РзускшПу 1982,39 701 703

2 Лкпхоп У Жехзчтап ММ К1еппап С Ъ Ратс сьзогскг, сотогЫйиу апс!

а«етр15 А>ск Сеп РаусНгШгу 1990,47 805-808

Ап%\$1 Р 8{а5%еп Н Н 8шс1с1е пзк т райеШз \У1ГЪ та^о^ йергеччгуе ^ С/т Рцсктт 1999,60(5ирр1 2)57 62

4 Еп\$х1ют С Репюп В Ёе\апс1ег\$ ТетрегатепН1а1(\$ тта1е зшск3е а((стр(\$ апй уо1еп{ о^епйегз Еш РьускшНу 1999, 14 278 283

8ске(1пер \УА Го\$\$ Ъ е(а! Т!те-ге1а1ес1 ргес)1с1ог5 оГ зи1С1с1е т

Й15огс1ег Ат ^ Рзускш1гу 1990 147 1189-1194 РгесЬсСогв о)Геар1у 5шск1е ккпиЯсаЙоп апс! арргорпа1е 1п1егуеп1юп ^ Скп РаускшПу 1988 49(Зирр1 10) 7—8

7 Неппкззоп ММ 1зоте1\$а Е Т Киорраза1гп1 К1 е1 а1 Рашс Й15огс1ег т сотр1е1ес1 5ШС1с1е 3 С1т Рчускш1гу 1996,57 275—281

8 ГачгсеИ У Визск К А Засоьз О е! а1 5шс1с1е а тЪиг-ра1ьуау с11шса1 Ыюсьегшса1 тосЫ Апп Ш Асас1 За 1997, 836 288—301

9 Втек К А С1т к О С Гам сей У, КрауНг Н М С1т1са1 {Ыигез о(траПет 5и1С1с1е РаускшСг Апп 1993,23 256—262

10 На/1 К С Р1ап Б Е НаИ Й С Зшекк пзк азвеззтеп! а геушда оГ пзк тог т 100 ра(1еп1з шьо тас1е зеуеге 5шск1е аНетр15 Еуа1иа(юп т а 11те оГтапа\$ес1 саге Рзуско\$ота11С5 1999 40 18—27

81

Расстройства пищевого поведения и самоубийство

Данута Вассерман

Нервная анорексия

Примерно 1—2 о/о девочек-подростков страдает нервной анорексией (истязанием себя голодом) или булимией (компульсивным обжорством), все чаще эти расстройства диагностируются и у подростков мужского пола. В последние десятилетия расстройства пищевого поведения стали более распространенными. Анорексия часто начинается в связи с половым

созреванием, много детей и подростков прибегают к диете для похудения из-за неудовлетворенности своим телом и озабоченности тем что можно есть, а что — нельзя (1,2, 10) Мы живем в культуре, способствующей аноректическому поведению Средства массовой информации, призывающие к здоровому образу жизни, поощряют людей уменьшать потребление жира, снижать уровень холестерина и сбрасывать вес, что оказывает негативное влияние на некоторых впечатлительных людей, неспособных к адекватной оценке значения этой информации Они постепенно утрачивают контроль над собственным телом и оказываются в сетях компульсивного поведения При расстройствах пищевого поведения отмечаются серьезные нарушения восприятия себя и своего тела в некоторых случаях достигающие психотического уровня (3, 10)

Булимия

У некоторых пациентов с диагнозом анорексии это состояние может чередоваться с булимией, когда, следуя внутреннему побуждению они поощают любую пищу без разбора, а затем выпывают у себя рвоту Больные булимией и анорексией не в состоянии правильно интерпретировать сигналы своего тела, им сложно противостоять навязчивым им-

82

И тва 7 Данута Вассерман Расстройства пищевого поведения и самоубийство пульсам, зовущим к принудительному голоданию или чрезмерному пере-еданию, и в итоге они теряют контроль над собственным телом (4)

Суицидальность

Уровни смертности пациентов с расстройствами пищевого поведения приблизительно составляют 6—8 %, причем самоубийство является основной причиной смерти (5, 6) Для больных анорексией, подростков и юношей обоих полов весьма характерно наличие депрессии, риск суицида среди девочек, страдающих анорексией, в десять раз (а по некоторым исследованиям — в двадцать раз) выше, чем среди их сверстниц в целом Этническая принадлежность не обладает каким-либо защитным эффектом в отношении аноректического поведения (7) На протяжении многих лет после первичного выявления расстройства пищевого поведения суицидальный риск остается высоким (8, 9) Его отчетливыми факторами являются очень низкий вес во время первого осмотра врача и частые госпитализации Мальчики с расстройством пищевого поведения также заметно подвержены повышенному риску самоубийства и суицидальных попыток

Сопутствующие заболевания (коморбидность)

Лица с расстройствами пищевого поведения часто страдают депрессией Кроме того, им свойственно злоупотребление алкоголем и наркотиками, в том числе и на фоне тяжелой депрессии Сопутствующие заболевания повышают риск суицида (2,4) У девочек и мальчиков с расстройствами пищевого поведения часто выявляются расстройства личности Больные анорексией с обсессивно-компульсивным типом личности отличаются инграмвертированностью и склонностью к депрессии Их поступки характеризуются агрессивной мстительностью В этой группе встречаются наиболее серьезные случаи анорексии и аутодеструктивные действия Больные анорексией с пограничным или истероидным расстройством личности также склонны к суицидальному риску, несмотря на внешнюю открытость их поведения и общительность Эта склонность усиливается при ослаблении контроля над влечениями, например, если пациент находится под воздействием алкоголя или наркотиков

Профилактика и лечение

В процессе школьного образования молодежи необходимо разъяснять, что пропагандируемые средствами массовой информации идеалы красоты которые часто становятся образцом для подражания у воспри-

83

Раздел III Группы суицидального риска

имчивых пациентов, следует воспринимать с оглядкой на возраст и состояние здоровья. В период полового созревания и позже некоторое количество «молодого жира» в силу гормональной перестройки представляет собой вполне естественное явление, которому не следует противопоставлять намеренное похудание. Родители должны предпринимать попытки по своевременной остановке процесса потери веса или навязчивого переедания до возникновения серьезного компульсивного поведения (10).

Для лечения лиц с расстройствами пищевого поведения рекомендуются обычные методы поведенческой терапии в сочетании с медикаментозным лечением. В зависимости от интеллектуальных способностей пациента их следует сочетать с некоторыми формами психоаналитически ориентированной терапии для прояснения психодинамических аспектов болезненного состояния на уровне личности и взаимоотношений (4).

Существует несколько возможных психологических объяснений расстройств пищевого поведения. Голодание или компульсивное переедание означает пребывание в центре внимания и получение заботы от других с одновременным ее отвержением. Расстройства пищевого поведения можно рассматривать как протест против взаимоотношений и средство их контроля, а также как проявление бегства от реальности и сооружения барьера между собой и остальным миром. Кроме того, на символическом уровне отказ от пищи или принудительная рвота съеденным может означать чрезмерный контроль над потреблением в качестве ответа на давление культурных норм, призывающих к идеалу воздержания и рассматривающих снисходительность к своим потребностям как проявление странности и лени. Парадоксальным образом поведение, которое в значительной степени является объектом контроля, ведет к тому, что пациенты утрачивают контроль над своим телом, чувствами и, в конце концов, теряют жизнь.

Другим объяснением, лежащим вне сферы взаимоотношений и применимым в контексте индивидуального развития, может быть растущее желание девочки к обузданию приближающейся женственности, или у мальчиков — мужественности в качестве протеста против взросления. Они, вероятно, полагают, что управление оральными потребностями позволит им обуздать сексуальные побуждения.

Обеспечение подростков навыками поддержания самооценки, получения удовольствия от своей внешности и устойчивости к противоречащим естественным телесным пропорциям идеалам похудения, свойственным нашей культуре, представляет собой процесс, который требует немалых затрат времени.

84

Глава 7 Данута Вассерман Расстройства пищевого поведения и самоубийство История болезни Недостаточно красива

Гунилла, 28 лет

Впервые Гунилла предприняла суицидальную попытку, вскрыв себе вены, в 17 лет — после самоубийства отца, который неоднократно, когда она была ребенком, пытался покончить собой. Ее мать испытывала серьезные проблемы с алкоголем. Сестра пациентки, ныне признанный семейный терапевт, также пыталась свести счеты с жизнью после неудачи, связанной с завершением среднего образования.

С 7 до 15 лет Гунилла воспитывалась бабушка, происходившая из семьи фермеров, отличавшаяся внешне образцовыми формами поведения и чрезмерной озабоченностью правильным питанием внучки и ее примерным поведением. Гунилла чувствовала, что бабушка не любила ее и уделяла внимание только добротной одежде и прелестно уложенным как у куколочки локонам, соответствовавшим ее представлениям о воспитании. Уже в то время у нее появились первые признаки нарушения пищевого поведения. Они стали

более серьезными в возрасте 15 лет после переезда к родителям. В 18 лет она забеременела и сделала аборт. В то время любая пища казалась ей безвкусной. Она начала страдать от анорексии и присоединившейся впоследствии булимии.

Гунилла всегда воспринимала себя как неудачницу — в школе, в спорте, в качестве подруги или дочери. Из-за слабой успеваемости она часто меняла школы и никогда полностью не заканчивала учебный курс. В то же самое время все ее старшие сестры учились в университете, и она ощущала свою неудачливость. Ее отношения с матерью и сестрами были конфликтными.

Вторую суицидальную попытку она совершила в возрасте 19 лет, отравившись транквилизаторами и снотворными препаратами. В прощальном письме сестре и матери она написала, что будет лучше, если ее не станет, и пожелала семье счастья. После этой попытки самоубийства она сопротивлялась какому бы то ни было лечению.

Спустя десять месяцев ее вновь поместили в больницу из-за сердечной аритмии, вызванной интенсивным и длительным периодом булимии. Анализы свидетельствовали об ослаблении функции почек и нарушении кислотно-щелочного равновесия, ставшего причиной аритмии. Эти соматические проблемы повергли Гуниллу в состояние растерянности, и она согласилась пройти психотерапевтическое лечение.

Ей также были назначены антидепрессанты после того, как выяснилось, что она страдает тяжелой депрессией, и начат курс психотерапии.

85

Раздел III Группы суицидального риска

Гунилла считала, что больна депрессией ровно столько, сколько себя помнит, и своеобразное отношение к еде появилось у нее задолго до полового созревания. Она всегда чрезмерно тревожилась и боялась общения с людьми. После двух лет лечения ее болезненные привычки в отношении еды удалось в определенной мере нормализовать. Однако до сих пор она время от времени худеет на диете или предается обжорству, вместе с тем эти проявления не носят столь серьезного характера.

В возрасте 28 лет Гунилла вышла замуж за итальянца. Она завершила свое среднее образование на вечерних курсах, но без каких-либо ясных планов на будущее.

Библиография

- 1 Ое\аис1 С, Зеаптп 4, Ыапт% Р', е! а/ Еа(т^ сНзогйегз атоп\$ Гета1е айокзсепГз т 3^/НгеНапй преуалепсе апс! а55ост1юп5 тепЬ теШа1 апй ЁеБауюга1 сьогскгз Ы У ЕаГт\$ йио/й 1998,24 207—216
- 2 РотЬоппе Е 1псгеачес1 га(ез о? рзусьо50оа1 сьзогёегз т уоШЬ Еиг Агск РзускиЙгу С/т Иешоза 1998,248 14-21
- 3 Рауаю А, ЗшиопаьШзо Р Риг\$т\$ ЁеБауюге, зшсийе а(1етр(з, апй рзусьШпс зутрЮтз т 398 еа(1п\$ с11зогс1егес1 зи^есГз 1п1 ^ Еа1т\$> Оиогс! 1996,20 99--103
- 4 Ыскгтй1 И!, Ёеазше ^ ТКе сьшаап'з §шс1е 1о %&\т% ЁеПер Ы1(е) Ыу Ы11(е) Ыопс)оп Р5усьо1о\$у Ргсьз, 1997
- 5 ЕтЬог\$ С МоГЫиу апс! саизез оГйеаЛ т еа(т\$ с11зогс1ег5 т Оептагк 1970—1993. а сазе ге;*151ег зГиёу 1т ^ Еаип\$ Оию/с1 1999, 25 243—251
- 6 Ыеитагке/ К^ МоПаЫу апй зис!с1еп йеа1Н т апогехт пегуоза 1т У Еа!ш\$ Оиогё 1997, 21 205- 212
- 7 Ргепск 8 А Зюгу М, Мешпагк-5:1атег О, е1 а! ЕгЬшс сМГегепсез т рзусьозос1а1 апс! пеа1(Ь ЁеЙауюг соггела(ез с11е(т\$, риг^т^, апс! Ыт\$с саип\$ т рори1а(юп Ыазес) затр!е 01 ас1о1еьсеп1 Гета1ез 1п! 7 Еа11п\$ О15ок1 1997, 22 315 322
- 8 Ме/^ел 5, МоНег-МаЛхеп 3 1за%ег Т, <?/ а! 3(апс1агс112ес1 тог(а111у т еа(т\$ ёьогёегь а циапГПаПуе зиттагу оГ ргеуюиз1у риЬьзсс! апй пе\у сУ1с! епсе ^ Рчускозот Кеч 1998,44 413 434

9 Район С С Моисеу т еапп^ с!15огс1ег5 РцсШ Мей 1988 18 947 951
10 Т/еаие 3 Апогех1а пегуоа Л ытуа! ^шие Гог Гагтье, Гпейь апс!
ьиЯегегч Бопёоп РчусьОбцу Ргсьь 1997

86

8

Адаптационные расстройства и самоубийство

Данута Вассерман

В анамнезе преобладающего большинства суицидентов можно найти диагноз психического заболевания (депрессии, злоупотребления психоактивными веществами, шизофрении) Тем не менее, у небольшого числа лиц, покончивших с собой (порядка 10 %), на момент смерти не обнаруживается каких-либо признаков психических расстройств или психопатологических черт личности Аптер и др. показали, что у молодых мужчин самоубийство случается и при отсутствии видимой психопатологии (1). Проведенное в Финляндии исследование (2) показало, что совершившие суицид молодые мужчины с диагнозом адаптационного расстройства часю делились с окружающими суицидальными мыслями, которые не воспринимались всерьез В анамнезе этих людей отмечались кратковременные эпизоды легкой депрессии, однако они не получали никакого психиатрического лечения

Самоубийства на фоне отсутствия выявленной психопатологии также встречаются у пожилых людей, которые не в состоянии справиться с большими переменами в жизненной ситуации Серьезным предостерегающим знаком становятся случаи суицидальных попыток с применением жестоких методов (причем как у мужчин, так женщин) При отсутствии соответствующего лечения после этих попыток вскоре часто спешит самоубийство

Обычными симптомами адаптационного расстройства являются уныние, упадок сил, чувство безнадежности, плаксивость и тревога Эти признаки составляют естественную реакцию на серьезную травму или горе. Длится не более шести месяцев и обычно пропадают при стабилизации жизненной ситуации и исчезновении источника стресса Тем не менее, если последствия трудной жизненной ситуации или травмы продолжают -

87

Раздел III. Группы суицидального риска

ся, состояние может стать хроническим, и новое стрессовое событие превращается в последнюю каплю, ускоряющую суицидальный акт.

Молодые и пожилые люди с диагнозом адаптационного расстройства, совершившие суицид, обычно отличаются хрупкостью, сенситивностью, ранимостью и восприимчивостью к стрессу (3).

Поскольку у мальчиков и мужчин часто отмечаются проблемы в общении, важно не пропустить любые косвенные признаки, свидетельствующие о суицидальных мыслях или симптомах депрессии. Это состояние у молодого человека проявляется не тревогой, печалью и подавленностью, а нарушениями адаптации к обычным жизненным ситуациям — в семейной жизни, с друзьями, в школе или на работе, в военной службе и проведении досуга. При наличии симптомов депрессии у мальчиков и мужчин рекомендуется начинать лечение без наличия всех критериев, необходимых для постановки диагноза депрессии.

Долговременные исследования пациентов с адаптационным расстройством, подвергшихся кризисной интервенции, показывают, что риск развития у них симптомов депрессии или смерти вследствие суицида не выше, чем в популяции в целом (4).

История болезни Изнасилование

Мария, 24 года

С Марией произошли радикальные перемены. За последние 2 месяца из

оптимистического, честолюбивого экстраверта она превратилась в нервного, «ленивого» пессимиста, начисто лишённого энергии и желания жить. Она серьёзно влюбилась в коллегу-студента, но потом оставила его, поскольку выяснилась его неискренность и склонность к манипуляциям. Вскоре с помощью службы знакомств «Одинокие сердца» она встретила мужчину своих лет. В конце первого свидания он практически её изнасиловал. После изнасилования Мария почувствовала опустошенность, разочарование и тревогу. У неё было настойчивое чувство безнадежности и сильный страх, что ни один мужчина не захочет с ней жить. Она обвиняла себя в том, что впустила мужчину в свой дом.

Мария пыталась продолжать учебу, но вся её былая энергия внезапно куда-то исчезла. Из головы не уходили мысли об изнасиловании. Ей было трудно поделиться с кем-либо случившимся событием, она чувствовала

88

Глава 8. Данута Вассерман. Адаптационные расстройства и самоубийство себя униженной и оскверненной. Мария стала избегать людей и искать утешения в Интернете. В итоге компьютер поглотил все её время.

Когда мысли о самоубийстве стали угрожающе постоянными, она послала по электронной почте просьбу о помощи в агентство, дававшее профессиональные советы о теле, душе и здоровье, подписавшись «молодая и доведенная до отчаяния». Психологу, который вступил с ней в контакт по электронной почте, а затем лично, она в деталях рассказала о разработанном плане самоубийства. Единственное, чего ей не хватало, — это средства суицида.

По истечении трех месяцев поддерживающей психотерапии, посвященных проработке эмоций, связанных с изнасилованием, и своего отношения к мужчинам, ей стало лучше и она возобновила учебу.

Библиография

1. Йеуаиа' С, ^еапп^п А., Ыагг1п% К, ег а). ЕаПп^ сНзогйегз атопц Гета1е асЫезсеМз т ЗхуПгеНапо1: преуа1епсе апй аззошаПопз тоНЬ теп!а1 апё ЫеБаУ1ога1 сПзококгз. 1т. У. ЕаИп\$ й^зогс/. 1998; 24:207—216.

2. РотЬоппе Е. 1псгеазей га(ез оГ рзусьо5ос1а1 сПзогйегз т уоиТЬ. Еиг. АгсН. РзусЫаИу СНп. ЫеигохЫ. 1998; 248:14—21.

3. Рауаго А., ЗатопаМазо Р. Риг\$т\$ ЫеБаУюгз, зшс1с!е а11стр1з, апй рзусЫаГпс зутрЮтз 1П 398 еаПпц (Изогёегеа! ЫиЬјес1з. 1п1. У. Еапп% Ы1зогс1. 1996; 20:99—103.

4. ЗсНтШг II.. Тгеазиге У. Тье сНшиап'з §и1Йе 1о ёе11'п\$ ЫеПег ЫЦе) Ыу Ы((е). Ыопйоп: Рзусьо1оёУ Ргезз; 1997.

5. ЕтЬогд С. МоГЫку апс! саизез оГс!еа1Ь 1п еа1т\$ с115ОГ(1ег5 1П Оептагк 1970- -

1993; а сазе геу1К1ег з1ис1у. 1п1. У. ЕаИп\$ О^зога1. 1999;25: 243—251.

6. Ыеитагкег К.^.. МоГЫу апй зисМеп <1еаШ 1П апогех1а пегуоза. 1т. У. Етт % йиога. 1997; 21:205—212.

7. РгепсН 8.А., Ыюгу Л/., Ыеитагк-\$21атег О., е! а/. ЕтЬтс с11ГГегепсез 1П рзус1-1озос1а1 апс! ЫеаНЬ ЫеБау1ог соггелалеz сНеип^, риг\$1Пё, апй Ытце еа!1п\$ т рори1айоп Ыазес! затр1е оГ аёо1езсепГ Гета1е\$. //;/ . У. ЕаМп\$ п/зогс!. 1997; 22:315- 322.

8. Ы1е1зеп 5., Мо11ег-Маc1хеп 5., 1зи§ег Т., е1 а!. 8(апс1агё1гес1 тоПаП!у 1п еаппц сИзогёегз: а циап(1аиуе зиттагу оГгреуюиз!у риЬНзЬеё апс! пе\у е\ 1с1епсе. У. РзусНоаот. Кез. 1998; 44:413—434.

9. Раиоп ОС. Мопа1иу 1П еаПпё Й18огс1егз. РзусЫ. Мей. 1988; 18: 947 951.

10. Тгеазиге У. Апогех1а пегуоза. А зигУ1Уа1 цшс!е Гог ГатШез, Гг1спс15 апс1 зийегегз. Ыопйоп: Рзусьо1ову Ргезз; 1997.

Шизофрения, другие психотические состояния и самоубийство

Алек Рой

Введение

Э.Блейлер считал суицидальное побуждение «наиболее серьезным симптомом

шизофрении». Как правило, около 10 % больных шизофренией кончают с собой и большинство совершают самоубийство в течение первых нескольких лет болезни. Тенденция к сведению счетов с жизнью наиболее характерна для пациентов относительно молодого возраста, 75 % которых составляют холостые мужчины. Однако суицид не является редкостью и у больных, длительно страдающих шизофренией, в случаях неожиданной утраты социальной поддержки (обычно родительской и особенно материнской) в связи со смертью родителей. Отмечено, что около 50 % самоубийц, больных шизофренией, ранее совершали суицидальные попытки. Самоубийства имеют тесную связь с симптомами депрессии. Лишь незначительное число пациентов кончают с собой под влиянием императивных галлюцинаций или бреда преследования. Около трети суицидов при шизофрении случается в первые недели и месяцы после выписки из больницы, еще треть — в процессе стационарного лечения. Часто за несколько недель до фатального поступка пациент сталкивается с негативными событиями жизни, например, отвержением в семье.

Преморбидное функционирование и адекватная самооценка

Отмечено, что некоторые жертвы суицида, больные шизофренией, отличаются высокими преморбидными достижениями, повышенными

90

Глава 9 Алек Рой Шизофрения, другие психотические состояния и самоубийство

ожиданиями, связанными со своей продуктивностью, и отчетливым осознанием болезни. Вероятно, они переживают неадекватность из-за невозможности достижения высоких жизненных целей, боятся дальнейшего ухудшения психического состояния и решают, что лучше уйти из жизни, чем страдать хроническим психическим заболеванием. Исследователи пришли к выводу, что эти пациенты «видимо, испытывают безнадежность из-за негативных ожиданий, связанных с будущим, и другие психологические симптомы депрессии» (1).

Позитивные и негативные симптомы шизофрении и суицид

В ходе клинических исследований установлено, что у больных, покончивших с собой, отмечалась существенно меньшая тяжесть негативных симптомов, чем у пациентов без суицидальных тенденций (2). Одновременно суициденты отличались большей выраженностью двух позитивных симптомов — подозрительности и бреда. При параноидном подтипе болезни обнаружен повышенный риск суицида (12 %), а в случае дефицитарного подтипа — его снижение (1,5 %). Вероятно, социальная и эмоциональная изоляция является детектором потенциальной суицидальности у больных шизофренией, а синдром с преобладанием негативной симптоматики определяет группу пациентов с относительно низким риском суицида. Отчетливая подозрительность при отсутствии негативных симптомов свидетельствует о группе больных с относительно высоким риском самоубийств. В другом двухлетнем клиническом исследовании обнаружено, что аналогичным образом психотические симптомы, в отличие от признаков дефекта, являлись прогностическим фактором дальнейшей суицидальной активности у больных шизофренией.

Депрессия и другие факторы суицидального риска при шизофрении

К факторам риска самоубийства при шизофрении относятся (3—7):

- молодой возраст и мужской пол;
- рецидивирующее течение болезни;
- наличие депрессии в прошлом;
- депрессия в настоящее время;

91

Раздел III Группы суицидального риска

— недавняя госпитализация в больницу по поводу депрессии и суицидальных

мыслей;

- недавняя выписка из больницы под амбулаторное наблюдение;
- наличие социальной изоляции.

Группа исследователей из США поставила целью определить факторы риска, которые отличают суицидальных больных шизофренией (1). Во время последней госпитализации большинство из них находились в состоянии депрессии (80 %), переживали свою неадекватность (80 %), испытывали безнадежность (60 %) и суицидальные мысли (73 %). Установлено, что специфическими факторами, свойственными суицидентам, являются:

- молодой возраст;
- мужской пол;
- хроническое течение болезни с многочисленными обострениями и ремиссиями (в среднем, 6,8 госпитализаций в течение 8,4 лет болезни).

Прогноз суицида при шизофрении

В недавнем исследовании в клинике Фиппса в Балтиморе изучены данные одиннадцатилетнего наблюдения 1212 больных шизофренией, госпитализированных в период с 1913 по 1940 год, из которых 28 (2 %) совершили самоубийство (8). В сравнении с больными без суицидальных тенденций они существенно отличались по наличию:

- предшествующих суицидальных попыток; >
- депрессии во время стационарного лечения; *
- суицидальных мыслей во время госпитализации; Л
- близких родственников с аффективными расстройствами; < I
- проблем в работе и социальном функционировании в преморбиде? |
- озабоченности сексуальными проблемами;
- психомоторной ажитации во время стационарного лечения.

Самоубийство и антипсихотическое лечение

В рамках Финского национального проекта превенции самоубийств всех покончивших с собой больных шизофренией (диагностированной согласно O8M-III-K), обратившихся за врачебной помощью, разделили в соответствии с фазой заболевания (активной или остаточной) и лечения (стационарное лечение, недавняя выписка и др.) (9). Были изучены характеристики этих больных в отношении известных факторов риска

92

Глава 9 Алек Рой. Шизофрения, другие психотические состояния и самоубийство

суицида при шизофрении и адекватность нейролептической терапии. Обнаружено, что 57 % больных находились в активной фазе болезни и не получали адекватного лечения нейролептиками или относились к нему негативно, а 23 % позитивно относились к лечению, но, к сожалению, были к нему резистентными. У пациентов, совершивших самоубийство во время пребывания в больнице, чаще отмечалось негативное или безразличное отношение к лечению (81 %), а у покончивших с собой вскоре после выписки преобладали: сопутствующий алкоголизм (36 %), параноидный подтип болезни (57 %), недавние эпизоды суицидального поведения и общения (74 %), большая частота ежегодных госпитализаций и очень короткая последняя госпитализация.

На основании этого исследования был сделан вывод, что в разных фазах лечения шизофрении факторы риска суицида могут варьировать. Установлено, что большое число больных шизофренией, покончивших с собой, не получали адекватной нейролептической терапии, проявляли негативное отношение к лечению или резистентность к типичным дозам антипсихотических препаратов. Адекватное антипсихотическое лечение, особенно в активной фазе шизофрении, может быть важным фактором превенции самоубийств.

Превенция самоубийств при шизофрении

Лечение шизофрении

Недавно обнаружено, что клозапин (лепонекс, азалептин), относящийся к атипичным нейролептикам, снижает частоту проявлений суицидального поведения у больных шизофренией (10). Курс лечения клозапином прошли 88 пациентов, резистентных к типичным нейролептикам, у которых вероятность суицидальности оценивали в период от 6 месяцев до 7 лет. За это время после проведенного курса лечения обнаружено существенное ее снижение. Число суицидальных попыток с высокой летальностью уменьшилось с 5 до 0. Кроме того, ее снижение было связано с улучшением психического состояния — снижением выраженности депрессии и безнадежности. В другом исследовании, сравнивавшем эффективность двух атипичных нейролептиков, выявлено, что уровень суицидальных попыток при лечении оланзапином был существенно ниже, чем в ходе терапии рисперидоном (0,6 % против 4,2 %, $p=0,029$).

91

Раздел III Группы суицидального риска

Тем не менее, существующих сегодня данных недостаточно для разработки обоснованных рекомендаций по применению атипичных нейролептиков у суицидальных больных шизофренией.

Лечение сопутствующих заболеваний

У большинства больных шизофренией, совершивших суицид, обнаруживаются симптомы депрессии (3—6). Исследования показали эффективность трициклических антидепрессантов и селективных ингибиторов рецепторов серотонина при лечении депрессии у больных шизофренией. Недавно появилось сообщение, что лечение атипичным нейролептиком оланзапином при шизофрении ведет к гораздо большему уменьшению выраженности симптомов депрессии, чем терапия га-лоперидолом.

Другим важным сопутствующим заболеванием у суицидальных больных шизофренией является злоупотребление психоактивными веществами, которое в условиях повышенного суицидального риска требует интенсивного лечения (11).

Программы психосоциальной реабилитации

Интенсивные и целенаправленные программы социальной реабилитации особенно важны для больных шизофренией, которые часто страдают от одиночества и легко оказываются вне обжитого социума из-за отсутствия родственников и друзей или их неготовности к эмоциональной поддержке больного шизофренией.

Другие психотические состояния

У больных шизоаффективными и другими психотическими расстройствами также отмечается повышенный риск самоубийства (12, 13). Его факторы являются сходными с описанными у больных шизофренией и прежде всего включают предшествующие суицидальные попытки, принадлежность к мужскому полу, эпизоды тяжелой депрессии и сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами. Период повышенного риска — время, следующее за выпиской из больницы, важные факторы — негативное отношение к лечению и его неадекватный характер.

РГ История болезни

М.Х., 26 лет, был холостым безработным мужчиной. Впервые его госпитализировали в психиатрическую больницу в возрасте 19 лет пос-

94

Глава V. Алек Рой. Шизофрения, другие психотические состояния и самоубийство

ле появления слуховых галлюцинаций и параноидного бреда. Тогда же были обнаружены признаки депрессии и выраженные суицидальные мысли. На протяжении семи лет его шесть раз помещали в больницу по неотложным показаниям в связи с суицидальными попытками или депрессией с суицидальными мыслями, которая сопровождалась усилением слуховых

галлюцинаций и бредовых переживаний из-за негативного отношения к нейрорепитивной терапии. В промежутках между госпитализациями он не мог найти работу и испытывал недостаток семейной поддержки.

В течение последнего года жизни он находился в пансионате в условиях социальной изоляции. Причиной последней госпитализации стала его попытка поджечь себя в комнате пансионата. При поступлении он отличался высокой степенью агрессивности, паранойальности и говорил о безнадежности. Во время пребывания в больнице в ходе лечения нейрорепитивными отмечалось ослабление выраженности психотических симптомов. При выписке он оставался несколько депрессивным, на первый амбулаторный прием не явился. После звонка в пансионат выяснилось, что два дня назад он повесился в своей комнате.

Библиография

1. Огаке К., Сале\$ С, СоЙоп Р. Зшаёе атоп\$ всЫгорьгешя: а сотрапзюп о? аПетр1ег5 апй сотр1е1ес! зшсШез. ВгИ. 3. РзусЫа1гу. 1986; 149: 784—787.
2. ШеМегтеуег З., Наггоп* М., Маген^о З. Клкв Сог \$шс1с1е т всЫгорьгеша апс! оЛег ряусбойс апс) попрхусьо(1С с)1зогс1ег;>. 3. Т^егк Меп1. О1х. 1991; 179:259 — 266.
3. Ноу А. (ей). 8шыс. ВаШтоге: \УННат5 апс! МИапз; 1986.
4. А<1сИп\$1оп О., А<Шп%1оп З. Лнетр(её 5шс1с1е апё скргемюп т ясЫхорьгеша. АсШ Раусккш: 5сапс1. 1992; 85:288—291.
5. Оазхоп А.. Ме::1сИ З., Кезкамап М. 5шс1с1а1 тсНса1ог5 т 5сЫгорьгеша. АсШ РвусШи: 5сапс1. 1990; 81:409-413,
6. НеНа Н.. 1ао1пе1за Е., Неппк\$аоп М., Нейкктеп М., Магнпеп М., 16тщгш 7.
- 5шс1с1е апс! зсЫгорьгеша: а паГютлчйе ркусьо1о^1са1 ай(орзу вШйу оп аде- апс! 5ех-зрес1Пс сНшса1 сНагас(ег15[1С5 ог 92 зи1С1с1е \1сГ|т5 \у1Л хсЫгорьгеша. Ат. 3 РаусЫат. 1997: 154:1235- 1242.
7. Кох\$ай С, МоПеп.чеп Р. К15к ГасЮгв Гог яи1С1с1с т ра!еп18 \У1(ь ьсЫгорьгеша: пез1ес1 сазе-сотго! \$1ис1у. Вг. 3. РхусЫаИу. 1997; 171:355 - 359.
8. ЗгерНенх З., ШскагА Р.. МсНиф Р. 8шс1ёе т раИеп1\$ Бо8риаНгес1 Гог 5сЫ2орьгеп1а: 1913 -1940. 3 Ыеп: Мет. О;>. 1999: 187:10 -14 95

Рсндел III. Группы суицидального риска

9. НеНа Н., 1.чоте1.чи Е., Неппкх.чоп М.. е(а/. ЗшсШе укипи: «йп зсЫгорьгеша т сП(Тегеп((геа(тсп1 рьазез апс! айсяиасу оГ агШрзусИопс тесИса[юп. ^ . СИп. РаусМаиу. 1999; 60:200- 208.
10. Ме1{2ег Н., ОкауН С. Кес!исиоп оГ лмаёаШу ёипп^ с1о2ар1пе 1геа1теп1 оГ пеиго1ерис-ге5151ап(зсЫгорпгетсз: 1трасГ оп Г15к-ЬепсП! ахзеззтеп!. Ат. ^ . РиусЫаИу. 1995; 152:183 190.
11. УеЫоих V., Игаис/ Р., Соп:а1еа В., е! а/. ЗшасЫку апй зиЪз1апсе гшзизе 1п Йгз! адт\Пей 5иЬ)есГя \У)ГЬ рзусьоГ^с (Нзогёегв. Ас(а. РзхсЫмг. 5сапс1. 1999; 100.-389-395.
12. Каёотаку Е., Наст С, Мани М., Зпеепеу^ 5и1С1с1а1 ЬеБау1ог 1П ра(1епГз хсЫгорКгета апб о(Ьег рзусьоНс сИзопкгз. Ат. У. РзусЫачу. 1999; 156: 1590-1595.
13. 81е/еп.чоп А., СиПьегя; ^ . СоттШес! вш'слск 1П а (о(а1 зсЫгорьгешс соБоП: 1п веагсЬ оГГНе 5и1С1с1а1 рросезз. Ыог<Ис I Р\$ус1иа1гу. 1995; 49:429- -437.

96

В. Расстройства личности

10

Расстройства личности и самоубийство

Данута Вассерман

Введение

Результаты исследований психологической аутопсии показали, что «расстройство личности» в качестве основного диагноза устанавливалось примерно у 9 % людей, покончивших с собой, и почти у 30 % выявлялась «акцентуация личностных черт». Однако имеются указания и на более высокие показатели: соответственно 34 и 70 % (1).

Диагноз «расстройства личности» вызывает ряд методологических проблем, и частота этих нарушений у лиц, покончивших с собой, зависит от типа исследования, в которое был включен пациент, и применявшихся методов. В отношении диагноза, свидетельствующего о пограничном расстройстве личности, рекомендуется особенно строгий подход, в частности, если речь идет о подростках (2). Любой его признак может возникнуть в связи с пубертатным кризисом. Отчетливые признаки пограничных расстройств могут возникать у беременных женщин и лиц, переживающих кризисные ситуации, однако в этих случаях они позднее исчезают.

Ниже описаны несколько видов расстройств личности, которые особенно важно учитывать в терапевтическом процессе для предотвращения суицида. Нередко встречаются множественные расстройства личности, особенно среди жертв самоубийств молодого и зрелого возраста.

Пограничная личность

Согласно некоторым исследованиям, от своей руки погибает до 9 % пациентов с диагнозом «пограничная личность» (3). Пограничная личность характеризуется существенным нарушением эго-идентичности,

97

Раздел III Группы суицидального риска

сопровождающимся постоянным субъективным чувством опустошенности и трудностями достижения стабильных отношений близости с другими людьми. Ее самовосприятие наполнено противоречиями, которые отражаются на облике человека, его сексуальной ориентации, долгосрочных целях, выборе друзей и рода деятельности.

В качестве важного механизма психологической защиты лица с пограничным расстройством личности используют «диссоциацию», цель которой состоит в разделении «плохих» и «хороших» импульсов и эмоций. Поскольку пограничная личность испытывает сложности в их различении у себя и других людей, она может использовать «проекцию» (т.е. приписывать собственный гнев или чувство, от которого следовало бы избавиться, своему окружению).

Людей с пограничным расстройством личности отличает постоянное пребывание между реальным и воображаемым, что проявляется в модели нестабильного поведения с колебаниями между крайностями: от низкой самооценки до переоценки собственной личности, от эмоциональной лабильности, чрезмерного контроля агрессивных импульсов и раздражительности до интенсивных усилий избежать разрыва отношений. Суицид у них часто возникает в состоянии ярости, смешанной с отчаянием, вследствие разрыва отношений с партнером или другим важным человеком, а также из-за изменений привычного стиля жизни (4, 5).

Антисоциальная личность

Антисоциальная (или диссоциальная) личность во многих отношениях схожа с пограничной (4—6). Ее специфическими дополнительными чертами являются дефекты в развитии моральных и этических ценностей с недостатком эмпатии, эгоцентрическая сосредоточенность на своей картине мира и презрение к другим.

Люди с антисоциальным расстройством личности без каких-либо задержек реализуют свои влечения, проявляют агрессивные импульсы и фантазии. Их поведение обладает высокой устойчивостью к изменениям. Для них неудовлетворенность гораздо чаще превращается не в сигнал тревоги, нормативно играющий тормозящую роль, а в агрессивные действия,

направленные на других или на себя.

Суицид может случиться в состоянии ярости, которую эти люди испытывают, если, например, подвергаются аресту за оскорбление, хищение или иное уголовное преступление

98

Гшва 10 Данута Вассерман. Расстройства личности и самоубийство

Нарциссизм

Термин «нарциссизм» происходит от греческого мифа о Нарциссе, который был не в состоянии оторваться от своего отражения в водах ручья. Он настолько влюбился в него, что, в конце концов, зачах и умер.

Для этого типа личности характерно парадоксальное расщепление между двумя абсолютно противоположными образами самовосприятия: один из них — грандиозный, превращающий жизнь в постоянный поиск подтверждения своего величия с последовательными усилиями доказать его; другой — полярный предыдущему — наполненный стыдом, ненавистью и страхом перед отвержением. Миры реальности и воображения нарциссических людей в свою очередь делятся на идеальную и ужасающую половины, которые чередуются, сменяя друг друга. Окружающие также воспринимаются ими как представители этих двух половин сферы и, соответственно, идеализируются или обесцениваются. Их взгляды отвергаются, если они не способствуют возвышению образа нарциссической личности. Она обладает чертами сходства с пограничной и антисоциальной личностью. Главное отличие состоит в том, что обусловленные провокацией вспышки гнева или агрессивного поведения у нарциссической личности возникают только если позволяет социальная ситуация.

Суицид может быть реакцией на утрату нарциссической личностью образа своей грандиозности (например, если возраст или болезнь разрушают очарование молодости или привлекательность), снижение социального статуса и финансовые трудности, утрату хорошо оплачиваемой работы или партнера, создававших реальность или иллюзию величия (7, 8).

Истерическая личность

Истерической личности свойственны преувеличенная эмоциональность и стремление привлекать внимание. Недостаточная способность определять намерения и потребности других людей приводит к постоянным разочарованиям, которые переживаются очень остро и не опираются на реальные факты. Неудача может легко поколебать устойчивость, приспособляемость и удовлетворенность. Усилия, связанные с напряжением, и разочарование ввергают ее в состояние в депрессии, безнадежности и беспомощности.

Истерические личности совершают самоубийство в результате глубочайшего разочарования, если переживают собственную ненужность (например, в случае смерти любимого человека, перемен на работе,

99

Раздел III. Группы суицидального риска

эмиграции из-за безработицы, отсутствия друзей и т.д.) У очень одиноких людей суицид может быть спровоцирован даже утратой домашнего животного, например собаки.

Ананкастическая личность

Люди с ананкастическим типом личности являются очень организованными, совестливыми, ответственными, но, к сожалению, в силу замкнутости и стремления к отгороженности от сверстников они весьма подвержены фрустрации, депрессии, ранимы и одиноки. Будучи перфекционистами (стремясь к совершенству) и весьма образованными людьми, они не в состоянии проявлять толерантность к посредственностям и невеждам. Серьезное расхождение между стремлениями и достижениями часто заставляет их страдать по поводу эмоциональной и интеллектуальной

нестабильности, взлетов и падений продуктивности и настроения.

Многие ананкасты чувствуют неудовлетворенность своей жизнью и им свойственна тенденция к непродуктивному поведению, например, уходу от других из страха быть брошенными. Она проявляется в отношениях с близкими людьми и на работе. Опережающее отвержение становится основополагающим принципом их жизни. Они ничего не позволяют себе, демонстрируя неприхотливость. Несмотря на одиночество, они тоскуют по близким отношениям или принадлежности к группе, однако это желание может разрушить их потребность к доминированию над другими людьми и контролю.

Суицидальные действия возникают в кризисных ситуациях, когда эти люди переживают крах, и перспективы восстановления прежнего благополучия кажутся им призрачными.

Другие личностные черты

Описанные выше расстройства личности, наряду с эмоциональной неустойчивостью и тревожностью, превалируют у лиц, совершивших суицид (9). Однако среди личностных черт его жертв обнаруживаются и расстройства параноидного, шизоидного и обсессивно-компульсивного типов.

Матрица детства

В детстве многие суициденты с описанными выше типами личности часто испытывали недостаток родительской заботы, воспитывались

100

Глава 10. Данута Вассерман. Расстройства личности и самоубийство

в атмосфере негативных эмоций и пренебрежения к их глубинным потребностям в близости, контакте, тепле и понимании. Кроме того, они могли сталкиваться с болезненными ограничениями в отношении удовлетворения потребностей в ходе своего развития в силу подавления интереса (запрета на вопросы) и фрустрации в процессе воспитания других естественных человеческих желаний.

Недостаток заботы в семье мог быть связан с неспособностью родителей осознать потребности ребенка, с характерным эмоциональным состоянием и строгостью родителей или с дефицитом отношений близости из-за преждевременной смерти родителей, когда никто не смог заменить их в качестве безопасного объекта для идентификации или ролевой модели.

Результатом недостатка заботы становятся серьезные искажения мужской или женской идентичности, низкая самооценка и слабое супер-эго с элементами сильной враждебности к образу Я. Враждебность (сопряженная с риском суицида) особенно сильно проявляется в ситуациях, если низкая самооценка кого-либо оказывается безжалостно разоблаченной.

Генетическая предрасположенность

В семьях с суицидальной историей разрешение конфликтов или трудных ситуаций с помощью аутоагрессивных действий превращается в стереотипную модель поведения. Это обстоятельство предопределяет использование ребенком стратегий саморазрушения в дальнейшей жизни. Однако важную роль играют и наследственные факторы. До настоящего времени степень обусловленности самоубийства генетическим компонентом остается предметом дискуссий, однако существует множество очевидных факторов, свидетельствующих в пользу этой связи (глава 3). Исследования моей группы показали, что у людей с низкой толерантностью к стрессу и высоким уровнем агрессивности и враждебности имеется полиморфизм гена тирозин-гидроксилазы (10). Тирозин-гидроксилаза является ферментом, регулирующим синтез норадреналина и дофамина. Норадреналин представляет собой нейромедиатор, участвующий в анализе информации, получаемой мозгом от различных органов чувств. Соответственно, расстройства в норадренергической системе могут объяснить некоторые когнитивные нарушения. Одна из гипотез состоит в следующем: полиморфизм гена

тирозин-гидроксилазы может отвечать за низкий, как правило,

101

Раздел III Группы суицидального риска

уровень активности норадренергической системы или чрезмерно низкий метаболизм норадреналина, что отражается в ситуациях, связанных со стрессом, требующих мобилизации внимания. При накоплении негативных жизненных событий уровень когнитивных способностей человека снижается, и вместо поиска подходящей стратегии его реакция проявляется в тревожности, панике и ригидности. Туннельное сознание, неспособность к осуществлению тонких различий, обнаружению решений и приспособлению являются типичными для людей, оказавшихся на грани суицида. Они воспринимают только темную сторону жизни (см. главу 14).

Клинические проявления генетической предрасположенности зависят от возраста (11) и внешних факторов, которые меняются в зависимости от фаз жизненного цикла человека. Негативные события жизни оказывают влияние не только в детстве, но и на остальном ее протяжении. В пожилом возрасте они могут совпасть с соответствующими биохимическими изменениями и нарушениями функций мозга.

Суицидальный риск

Лица с расстройствами личности, покончившие с собой, в большей степени по сравнению с остальными сталкиваются с кризисными событиями в своей жизни, например, проблемами на работе, безработицей, финансовыми трудностями, семейными неурядицами, отсутствием постоянного жилья, приговором суда или разрывом близких отношений. Проблемы достигают апогея за неделю до самоубийства, что ускоряет его совершение (см. главу 13).

Суицидальную ситуацию часто провоцирует ярость и чувство безнадежности или сочетание этих чувств, когда самооценка оказывается под серьезной угрозой, а собственное восприятие себя остается без поддержки. Когда оно, достигнув нулевой точки, взрывается без возможности восстановления в естественном процессе острого горя, возникает высокий риск самоубийства. Он становится еще большим при наличии в семье примеров и моделей суицидального поведения. Тем не менее, в новых обстоятельствах или при оказании помощи суицидальные импульсы могут ослабнуть, и риск самоубийства снижается. Цель терапевтической помощи состоит в обеспечении поддержки и безопасности суицидента.

102

Глава 10 Данута Вассерман Расстройства личности и самоубийство

Сопутствующие заболевания (коморбидность)

Суицидальный риск является высоким при наличии одного или более типов расстройств личности, а также психических заболеваний (6, 12). У суицидентов с расстройствами личности отмечаются сложности в распознавании депрессии, поскольку они неплохо скрывают чувство безнадежности, даже при наличии серьезной депрессии и отчаяния.

Лечение

Фармакотерапия

Медикаментозные препараты могут способствовать снижению эмоциональной неустойчивости, незащищенности, повышению порога проявления эмоций, в частности, тревоги и ярости (13). Исследования с применением контрольной группы свидетельствуют, что малые дозы антипсихотических препаратов вызывают улучшение при широком спектре различных симптомов в случаях тяжелого пограничного и ши-зотипического расстройств личности. Агрессивное поведение хорошо купируется литием. Пациентам с пограничным и истерическим расстройствами личности, имеющим суицидальные наклонности, помогают поддерживающие дозы антипсихотических препаратов.

Карбамазепин является эффективным в преодолении состояний, связанных с нарушением контроля за поведением у пациентов с расстройствами поведения и пограничным расстройством личности. Некоторые препараты (например, альпразолам) могут вызывать утрату контроля и усиливать суицидальность лиц с пограничной структурой личности (см. также главу 20).

Психотерапия

Продолжительные и серьезные детские травмы влияют на развитие личности и неоднократно отражаются в переживаниях и регуляции эмоций. Однако с помощью различных когнитивно-бихевиоральных (14) и психодинамических (15) терапевтических методов можно устранить стойкое, периодически возникающее чувство незащищенности и неудовлетворенности эмоциональных потребностей, которое неоднократно выходит на первый план в новых стрессовых и травматических ситуациях, позднее случающихся в жизни

Во время лечения важно проработать старые и новые травмы и показать, что нынешние эмоциональные реакции являются повторением

103

Раздел III Группы суицидального риска

прежних. При психотерапии необходимо учитывать культуральные факторы, которые влияют на поведение человека и на его эмоциональные реакции. Кроме того, в процесс психотерапии следует включить усилия по мотивации пациента на получение в случае необходимости медикаментозного лечения (см. также главу 19).

Профилактика

Исследования показывают, что прогноз пациентов с расстройствами личности благоприятен в отношении как самого расстройства, так и суицидальности в том случае, если в бурные годы юности и молодости они научатся лучше управлять своими эмоциями и побуждениями. Для пациентов с чертами открытости, очарования, привлекательности, неплохими способностями и высоким образовательным цензом прогноз является самым оптимальным (16). Хроническая суицидальность в виде неоднократных суицидальных попыток вовсе не означает, что пациент покончит с собой. Активное и быстрое вмешательство в ответ на кризисную ситуацию, обусловленную межличностными отношениями или проблемами на работе, с применением фармакотерапии и психотерапии может спасти жизнь уязвимого человека. Необходимо научить лиц, ранее совершавших попытки самоубийства, своевременному обращению за психиатрической помощью.

Библиография

1. Зотелска Е.Т., Непкзоп М.М., Непкзоп М.Е., е1 а/. ЗшсЫе атогш 5>иЫес(5 Ш1(Н рег8ОпаН(у сПзогйегз. Ат. 7 Ряус1иа1)у. 1996; 153:667—673.
2. ВгеМ Э.А., Зокпзоп В.А., Регрег^, е/ а/. Регзопашу сПзогйег, регзопашу (гай'з, 1три151\е ую!епсе апс! сотр1е1ей зшаск т асЫезсетз. 3. Ат. Асас/. СИМ. АМеас. РаусМаПу. 1994; 33:1080 -1086.
3. МоАетЫ ^, Сотр1еГес) зиюйе т регзопашу сНзогскгес! трапеп(\$, 1 Рег. Огаогё. 1989; 3:113 - 121.
4. К}е1\$Ъег% Е., ЕгкеаегИ Р.Н, Эак! А.А. 8шс1с1е т Богс!егНпе раНетз: р^е(^с1^Ve Гасюгз. Асш Рп-сШг. Зсат/. 1991; 84:283 - 287.
5. КиИр-еп С. РасЮгв а58ОС1а!ес1 \У11Б сотр1е(ес] 5шс1с1е т Богс1сг1ше рсгзопашу сНкогйег. / Иеп>. Мет. Ш. 1988; 176:40 - 44.
6. К/еНапс/ег С, Воп\$аг В , К/п^ А. 5шс1с1а1цу т Богс1ег1те регзопашу сИ.чогс1ег. Стгх. 1998; 19:125 -135.

104

Глава 10. Данута Вассерман. Расстройства личности и самоубийство

7. С1агк й.С. Ыагс18818Пс спзез о^а^т^ апё зшечсЫ йезраи". Зшас/е Ие

Ткгеа!. Векам 1993; 23:21- 26.

8. Коптп%влат Е.Р., Ма!\$Бег\$егЗ.Т. РагБо!о&пса! пагс!85!зт апс! зшМеп зшсчёе-

ге!аЫ соНарзе. ИшсШе Ц/е Пгеа! Векаг. 1998:28:261 271.

9. Скепд А.Т., Мани А.Н., СИап К.А. Регяопа!Ну сНзогйег апс! зи!С!с!с. Л сазе-соШго! з!ис!у. 5/: 3. РчусЫаиу. 1997; 170:441 446.

10. Регзиоп М.Б., ЮБх.чемшп О., Сеуег Т., е/ а/. Тугоз!пс !!ус!гоху!азе а!!еНс (ИзтЫМоп !П 8!пск)е аПетр!егз. РиусИшПу Кен 1997; 72:73 -80.

11. ОиБег5!е!п Р.Я., Сопме/! У.. Сате Е.О Л\$е (Итгегепсез !П (Бе рсгчопаП!у сКагасГепзйсз оГзи!С!с!е сотр!е!егз: ргеНтшагу ГтсИпцз (гот а рзус!ю!о{г!са! айорзу кШс!у. Р.чусЫаПу. 1994;57: 213 - 224.

12. Ап\$5!./., С!ау(оп Р.З. РегзопаПгу. зтокт^ апс! зи!С!с!с: а ргозресПуе з[ийу. У. А/?ес! пкога. 1998; 51:55—62.

13. Ног! А. РНагтасоЛегару &г регзопаН!у Лзогйеге. РхусИшну СНп. Ыеигоисч. 1998:52:13—19.

14. Ыпе/ит М, АгтШгоп^ Н., 8иагег А., е! а/. Со\$т!К'е- -БеБаУ!ога! (гса!тсп(ог" сНгоп!са!!у рагаз!мс!с!а! Ыогс!егНпе раПепГз. Агск. Сеп. Р.чус/и'аИу. 1991; 48:1060 — 1064.

15. ВаГетап А., Ропаку Р. ЕгТес!1Уепез8 оГрагШ! НозриаНгаиоп !П Ле !геа(теп! оГЪогйегНпе регзопаН^у сИзогйег: а гапс!от!2ес! соп(го!!ес) !па! Ат. ./.. РзусЫ-аиу. 1999; 156:1563 -1569.

16. Колкепкай\$!ег Н.В.. Кар/каттер Н.Р. Ошсоте !П ЫогйегНпе Й!зогс!ег5. А Н!ега!иге геу!С№ РоПаскпае с!ег Иеиго!о^!е-РхусЫа!пе. 1999; 67:200—217.

105

С. Соматические заболевания

11

Соматические заболевания и

самоубийство

Юко Лёнквист

Медицинский персонал застигнут врасплох

В исследованиях и образовательных программах роли соматических заболеваний в провокации самоубийства уделяется явно недостаточно внимания. И хотя суицид представляет собой редкое событие, его повышенный риск является известной чертой многих соматических заболеваний (1). Большинство самоубийц в течение последних шести месяцев своей жизни консультировалось у медиков по поводу проблем физического здоровья. Тем не менее, многие из них не выражали отчетливых суицидальных мыслей или депрессивных чувств.

Ретроспективный постсуицидальный анализ может пролить свет на многие проблемы суицидента, однако во многих случаях самоубийство остается загадочным. Почти всегда оно вызывает у персонала смесь тревоги, беспомощности, злости, гнева, печали, вины и многих других чувств, чему есть немало простых объяснений. Оно напоминает медицинскому персоналу о недостатках в работе: недоступности наилучшей возможной помощи и неэффективности рутинной клинической практики в предотвращении суицида. Но разве можно предсказать непредсказуемое? Несет ли самоубийство в себе некое послание, которое можно изучить с целью влияния на будущее?

Сказанное говорит о необходимости улучшения понимания риска самоубийства и лечения суицидальных пациентов в клинике.

106

Глава II Юко Ленквист Соматические заболевания и самоубийство

Соматическое заболевание и суицидальный риск

Эпидемиологические исследования выявили, что ряд соматических заболеваний связан с повышенным риском суицида (1, 2). Чаще всего к ним относят:

— онкологические заболевания;

- ВИЧ-инфекцию и СПИД;
- инсульт;
- юношеский диабет;
- делирий;
- эпилепсию;
- болезнь Паркинсона;
- травматическое повреждение мозга;
- травму спинного мозга;
- рассеянный склероз;
- хорею Гентингтона;
- боковой амиотрофический склероз.

С самоубийством коррелируют хронический характер болезни, потеря трудоспособности и негативный прогноз. Кроме того, установлено, что с повышенным суицидальным риском связаны некоторые соматические маркеры, такие как низкий уровень холестерина в сыворотке крови (3).

Многие самоубийцы страдают не только тяжелой депрессией, но и сильным страхом серьезных соматических болезней, таких как рак или ВИЧ-инфекция. Подобная ипохондрия обычно ведет к многочисленным медицинским консультациям и различным исследованиям, дающим негативные результаты, которые, в свою очередь, приносят разочарование и усиливают чувство безнадежности и беспомощности. Мно-голикость депрессии, особенно при наличии психосоматических симптомов, может ввести в заблуждение даже опытных клиницистов и вызвать недопонимание между пациентами и врачами.

С другой стороны, два вида серьезного повреждения мозга — умственная отсталость и деменция — связаны с малым риском суицида (4).

Соматические заболевания и суицидальный процесс

Совокупность событий, завершающихся самоубийством и включающих суицидальные намерения и попытки, называется «суицидальным

107

Ра)де1 III Группы суицидального риска

процессом» (см. главу 2). Как правило, самоубийство является фатальным исходом длительного процесса, который формируется взаимодействием генетических, биологических, психологических, когнитивных, эмоциональных, поведенческих, ситуационных, социальных и культуральных факторов. В этом процессе соматическое заболевание может быть долговременным фактором риска или внезапной причиной, ускоряющей самоубийство.

Например, вероятность суицида является повышенной в течение первых пяти лет онкологического заболевания. Риск самоубийства наиболее высок в первые месяцы после установления диагноза, когда продолжается кризис адаптации. При многих других хронических и прогрессирующих соматических заболеваниях риск колеблется в зависимости от особенностей течения заболевания. Кроме того, суицидальный кризис могут спровоцировать обострение или ухудшение соматического заболевания. Тем не менее, большинство людей находят в себе силы жить и работать даже в самые угрожающие стадии заболевания при доступности поддержки близких и помощи системы здравоохранения. Все серьезные соматическкие заболевания вызывают острый стресс и предъявляют требования, связанные с постоянной адаптацией к ухудшению состояния, но лишь некоторые пациенты кончают жизнь самоубийством.

Обычно они очень схожи с другими жертвами суицида как в плане социального фона, семейного статуса и предшествующей суицидальности, так и в отношении психиатрических диагнозов и характеристик личности; их основные проблемы связаны с депрессивным настроением и трудностями адаптации. Косвенным образом суицидальный риск связан с соматическим заболеванием через тревогу, депрессию, нарциссическую злость, боль, страх и

побочные эффекты лечения, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами или состояние делирия, в котором находится пациент. В этом контексте другими важными факторами являются одиночество и изоляция, вызванные заболеванием, доступность летальных средств суицида и имитация других суицидов. Повышенный риск суицида не зависит непосредственно от соматической болезни, скорее всего он связан с сопутствующими заболеваниями (коморбидностью). Если ее не выявить, то в дальнейшем искаженное поведение пациента может ускорить суицидальный процесс. Лучшими прогностическими факторами риска суицида для пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, являются предшествующие

108

Гтва II Юко Ленквист Соматические заболевания и самоубийство
юющие попытки суицида, анорексия, депрессия, психозы, злоупотребление психоактивными веществами и расстройства личности. Тем не менее, высокий риск самоубийства, связанный с соматическими заболеваниями, опосредуют многие механизмы.

Во-первых, терминальное заболевание превращает смерть в неизбежно надвигающуюся реальность, что может подтолкнуть пациента к попытке побега от пугающего конца жизни с перспективой боли, тревоги и исчезновения. Некоторые люди предпочитают активный способ смерти посредством самоубийства. Аргументы сторонников ассистированного суицида основаны на невыносимых эмоциональных реакциях, которые возникают у человека перед лицом смерти. Однако идея ассистированного суицида, несомненно, является опасной, учитывая, что терминальным больным—жертвам суицида редко оказывается адекватная соматическая и психиатрическая помощь. Во-вторых, в силу, которая приведет некоторых пациентов к суициду, может превратиться мысль о возрастающей зависимости в результате болезни. В-третьих, соматическое заболевание часто грозит тем, что в будущем забота о пациенте в большей степени ляжет на систему здравоохранения, чем на родственников. Поэтому главенствующим страхом становится сепарация от любимых людей. Возникающие при этом суицидальные мысли, которые близкие не могут не заметить, являются самым очевидным фактором, свидетельствующим о необходимости ранней интервенции.

Роль соматического заболевания и сомато-психиатрической коморбидности в происхождении завершенного самоубийства

«Психологическая аутопсия» — это всесторонний метод исследования фона завершенного самоубийства путем илучения всех доступных данных, в том числе роли соматических заболеваний в его возникновении. Их частота, обнаруживаемая с помощью этого метода, колеблется от 16 до 70 %. В недавно проведенном в Шотландии контролируемом исследовании завершенных суицидов соматическое здоровье идентифицировалось в качестве одного из главных факторов, независимо связанных с самоубийством, а лечение сопутствующих соматическим заболеваниям психических расстройств — как важная стратегия его предотвращения (5). В финском общенациональном исследовании, использовавшем психологическую аутопсию и включавшем диагнозы

109

Раздел III Группы суицидального риска

всех потенциально значимых соматических заболеваний, установлено, что их распространенность составляет 46 % с преобладанием сосудистых расстройств (6). Проведенное в Финляндии изучение суицидов у пожилых выявило, что 88 % покончивших с собой страдали соматическими заболеваниями. Эти исследования отчетливо свидетельствуют, что сомато-психиатрическая коморбидность представляет собой особую проблему в сфере превенции самоубийств для врачей, занимающихся лечением пожилых

пациентов.

В финском исследовании у 4 % самоубийц отмечалось онкологическое заболевание, однако в терминальной стадии находились лишь немногие. Соотношение больных раком, совершивших самоубийство и имевших сопутствующие симптомы депрессии, было таким же, как в контрольной группе жертв суицида (четыре из пяти), кроме того, у них и раньше до установления диагноза онкологического заболевания очень часто отмечались суицидальные склонности. Лишь у незначительного меньшинства жертв суицида, страдавших раком, не было сопутствовавших психических расстройств (7). Эти факты опровергают мысль о приемлемости ассистированного суицида в качестве средства помощи при тяжелых соматических заболеваниях. Как уже упоминалось, подобная идея, безусловно, является опасной, поскольку ставит под сомнение адекватное соматическое и психиатрическое лечение и его достижимость вообще (8, 9).

Превенция суицида путем лечения соматических заболеваний

Поскольку обычно соматическое заболевание — это сопутствующий или ускоряющий фактор в суицидальном процессе, его лечение является важным средством превенции самоубийств. Когда пациент находится на грани между жизнью и смертью, спасением может стать даже незначительное позитивное событие. Кроме того, адекватное лечение, безусловно, означает эффективную суицидальную превенцию.

В клинической практике врач лечит пациента, а не болезнь. У соматического пациента очень часто отмечаются сопутствующие заболевания и проблемы психического здоровья — как правило, тревожные расстройства, депрессия или их сочетание. Соответственно, эффективной может считаться только сбалансированная лечебная стратегия, включающая соматические, психологические и социальные элементы. Известно, что жертвы суицида не страдают из-за обычных, простых проблем.

ПО

Глава 11 Юко Ленквист Соматические заболевания и самоубийство

Сак правило, у них диагностируется несколько заболеваний, которые относятся к числу трудных и вызывают беспокойство пациентов, часто сталкивающихся с проблемами общения и сотрудничества с работниками здравоохранения из-за сомнений в том, что им могут помочь.

Большинство стран использует всестороннюю стратегию превен- самоубийств (т.е. применение всех возможных средств для дости-жения влияния на популяционные показатели суицидов). Соответствен-чо, все клиницисты должны быть знакомы с группами высокого риска в ;воей специальности и ситуациями риска, обусловленными специфическими соматическими заболеваниями. Например, невропатолог, который лечит пациентов с рассеянным склерозом, должен знать, что они ■подвержены суицидальному риску вдвое выше среднего, и этот риск вменяется в зависимости от течения заболевания и настроения пациен-|та, а также лечения, например, бета-интерфероном. Более того, врачам |и другим специалистам есть над чем поразмыслить в их собственном (опыте, заставлявшем обращаться к превенции суицидов.

В последние годы в связи (и наряду) с растущими успехами в лечении различных соматических заболеваний риск самоубийств снизился. (Самый последний пример касается ВИЧ-инфекции и СПИДа. Риск суи-|цида у ВИЧ-инфицированных заметно снизился после того, как начал [улучшаться исход заболевания. Вероятно, и в будущем дополнительные [научные исследования, результатом которых станет эффективное лече-|ние различных соматических заболеваний, будут снижать суицидальный риск. Адекватное лечение соматических заболеваний, несомненно, (расширяет зону успешной превенции самоубийств.

История болезни «Когда пуля ранит — остается страдать в тишине...»

Мужчину среднего возраста, в течение нескольких лет страдавшего | сужением мочеочника, госпитализировали для хирургического вмеша- тельства. Стриктура стала результатом гонорейной инфекции, которой 1он заразился до женитьбы, около десяти лет назад. Урогенитальная инфекция принесла ему душевные мучения, и он стал тревожным и депрессивным. Вскоре после операции и выписки из больницы пациент повесился. I Он оказался не в состоянии столкнуться лицом к лицу с непреодолимой (угрозой, которую, как он осознал, тайло его соматическое шболевание.

111

III. Группы суицидального риска

Он прошел адекватное хирургическое лечение по поводу стриктуры уретры, но депрессия и тревога остались незамеченными, — так он очутился наедине со своими страхами.

Причины этого суицида, сопутствовавшие обстоятельства и факторы риска могут вызвать недоумение. Позднее (к сожалению, после госпитализации) выяснилось, что брат пациента покончил с собой незадолго до появления у пациента урогенитальных симптомов. Это событие стало для него серьезным потрясением. По мере развития уретральной стриктуры он стал избыточно применять обезболивающие средства. Лишь после его смерти выяснилось, что основанием для более чем десятилетнего чрезмерного употребления обезболивающих послужило серьезное огнестрельное ранение, вызвавшее открытую травму мозга в левой лобно-височной сенсомоторной области и последовавшую посттравматическую эпилепсию. Пациент продолжал работать, но был вынужден принимать антиэпилептическое лечение.

Несмотря на травму мозга, ограничившую работоспособность, в возрасте 40 лет ему удалось удачно жениться и обеспечивать семью, включая маленького ребенка. Психологическая аутопсия выявила несколько травматических событий в жизни пациента, которые никогда не прорабатывались ни одним из способов психотерапии. Его отец умер, когда пациенту было 20 лет, а матери не стало еще в детстве. В молодости пациент имел незаконнорожденного сына, которого бросил.

Мы по-прежнему не знаем истинной «причины» его самоубийства, поскольку нам остались неизвестными его мысли и чувства. Боялся ли он из-за импотенции лишиться счастливого брака? Опасался ли он остаться брошенным, как уже случалось: в детстве — матерью, в молодости — отцом, недавно — братом. Эти потери и психологический опыт утраты контакта со своим ребенком могли зародить в нем страх, что и жена бросит его.

Многое осталось неизвестным. Тем не менее, опасность суицида можно было выявить, если бы врач, лечивший эпилепсию, обратил внимание на злоупотребление обезболивающими средствами, а также признаки депрессии и тревоги, развившиеся в связи с урогенитальным заболеванием.

Библиография

1. Нагп.ч Е.С.. Во/гас1пиф В М. 8шс1с1е а\$ ап оигсоте Гог тесИса! Месксте 1994:73:281 296.

112

Глава 11. Юко Лёнквист. Соматические заболевания и самоубийство

2. 5/епа^ег Е.Ы., 8/епа^ег Е. Рпуз1са1 111пезк ап<1 зи1С1с1а1 БеБауюиг. 1п: Нау(оп К.,

уап Неепп^сп К. (ес!з). Зшаск1 апс! аКетр(ес1 зшсчйс. СЫспезЮг: 1о1т \У|1еу & 8опз III; 2000; 405- 420.

3. РагГопеп Т., Наикка ^.. У/пато ./., ег а/. АззоааПоп оГ 1о\у зегит (о!а1 сьо1с8Гего1 ш1{Б та]ог ёергехкюп апс1 5и1с1с1е. Вг У. Р.чус/иаПу. 1999; 175: 259- -262.

4. Нагпх Е.С., Ваггас1ои%И В. §шск1е аз аи оиГсоте Гог теп!а1 сИзогийегз: а те1а- апа1у515. Вг 3. РхусЫапу. 1997; 170:205-228.

5. Сагапа^Б У. Т.О., Онн'н.ч О.О.С, Лкпзюпе Е.С. 8шс)с1с апс! ипс]е1сттес1
с1еа1Б
1п 5ои1Б-еая1 §со(1ап<1. А са§1.1-соп(го1 з(ис1у и51п§ (Бе рзус1ю1о§1са1
аи1орзу теЙюс). РиусЫ. Мес1. 1999; 29:1141 - 1149.
6. Непггкззоп М.М. А га Н М.. МагЧипеп А/. У., е/ а/. МепЫ сИзогйегз апс!
сотогЪгёНу 1п 5и1с1с1е. Ат. У. Р.чусЫаПу. 1993; 150:935—940.
7. Ненг/кзхоп М.М., МагНипеп МУ, 1зоте1за Е.Т., е! а/. Меп(а1 сИзогёегз 1П
еШег1у 81НС1с1е8. 1т. Рзуско^епаи: 1995:7:275—286.
8. Неппкззоп ММ., 1зоте1за Е. Т., Шешпеп Р.5., е1 а/. МепЫ сИзогйегз т
сапсег
5и1С1Йе8. У. А[ес1. О.:чогс1. 1995; 36:11—20.
9. Шешпеп Р., Ёдппду/з! У. Сапсег апс! зшсШе. Апп. Опсо/. 1991; 2:19—23.

113

О. Социальные условия

12

Некоторые социальные факторы

самоубийства

Илкка Хенрик Мякинен, Данута Вассерман

Введение

Несмотря на то, что самоубийство является результатом личного решения, оно никогда не совершается в общественном вакууме. Социальные науки работают над выяснением взаимосвязей между структурой и динамикой сообществ и количеством совершенных в них суицидов, да и практической медицине полезно обращать внимание на социальное окружение, в котором живет и страдает пациент

Мы выбрали название «социальные» факторы (а не общественные или социологические), поскольку их легче опознать на уровне индивида. Это делает их, по крайней мере частично, зависимыми от индивидуальных решений. Для удобства мы иногда можем использовать выражения, подразумевающие прямую причинную связь между различными социальными факторами и индивидуальными самоубийствами Тем не менее, следует воздерживаться от жестких выводов относительно наличия прямой причинной связи (см. ниже). Возможно, они необходимы для науки, но для врача не столь важны. Если пациент принадлежит к группе, для которой по той или иной причине суицид является более характерным, чем для других групп, то это обстоятельство служит сигналом, что необходима бдительность со стороны лиц, обеспечивающих наблюдение

В ходе научных дискуссий сформировалась точка зрения, согласно которой в современном обществе существуют три основные детерминанты здоровья населения материальное благополучие, социальная структура и стиль жизни Все они взаимосвязаны Одно материальное благополучие, похоже, не является важным суицидальным фактором, а

114

Глава 12 Илкка Хенрик Мякинен, Данута Вассерман Некоторые социальные факторы самоубийства

роль социальной структуры будет обсуждаться дальше. Ее следует понимать в контексте структурных ролей (например, женитьбы, проживания в сельской местности, пребывания на пособии по нетрудоспособности или недавней эмиграции), которые могут оказывать влияние на определенный стиль жизни. Социальным категориям свойственна динамичность, и хотя легче иметь дело со статическим описанием, необходимо помнить о постоянном изменении содержания категорий Иногда с точки зрения суицидологии наиболее опасным моментом становится переход человека в группу риска. Исследования индивидуальных историй показывают, что многие стрессовые и травматические «события жизни» имеют социальную природу. Многие социальные теории суицида рассматривают глобальные перемены в

социальном окружении как наиболее важные в смысле влияния на смертность вследствие суицида. Существенным элементом знаменитой теории самоубийства Эмиля Дюркгейма (1992) является разрушительный эффект быстрой модернизации (1). В 90-х годах в бывшем СССР наблюдался резкий рост суицидальной смертности, что связывают с «переходной» природой посткоммунистического общества, хотя вопрос о точных причинах этого явления до сих пор остается открытым (2).

Социальное окружение в целом

Это первое, на что следует обращать внимание и что следует учитывать при анализе социальных связей индивида. Все предшествующие исследования недвусмысленно приводят к заключению, что отношения, которые связывают человека с окружением и обществом в целом являются предельно важными в отношении склонности к совершению самоубийства. Общее число, длительность, интенсивность и качество социальных отношений состоят в обратно пропорциональной связи с риском суицида. Люди с семейными, родственными, производственными, дружескими и другими типами социальных связей, как правило, отличаются меньшей подверженностью суицидальному риску, чем лица с недостатком подобных связей. У суицидентов отмечается существенно меньше социальных связей любого типа по сравнению с остальными людьми (2, 3, 4, см. также главу 13).

Вопрос о причинно-следственных связях самоубийства с социальными факторами остается открытым. Человек может совершить его из-за недостатка социальных контактов или одиночества, возникшего в силу влияния какого-либо третьего фактора (например, психического

115

Раздел III Группы суицидального риска

заболевания), в конечном счете приводящего к изоляции, — поэтому влияние на суицидальность одновременно осуществляется несколькими путями. В то же время многие данные позволяют полагать, что физическая и психологическая изоляция оказывают самостоятельное влияние независимо от других обстоятельств.

Замечено, что социальные факторы в большей мере влияют на суицидальные тенденции у мужчин, чем женщин. Когда наблюдаются скачкообразные изменения уровня смертности вследствие самоубийств, то более резкие взлеты и падения отмечаются в мужской популяции по сравнению с женской. Этот факт можно объяснить большей склонностью мужчин к реакции в форме суицидального поведения в ответ на внешние изменения. Однако если кризис затрагивает сферу личности, то больших различий в реакциях по половому признаку не наблюдается (см. также главу 14).

Присутствие других людей может означать, что социальная поддержка является доступной, и даже если это не соответствует действительности, оно может обеспечить невидимую, но тем не менее эффективную форму социального контроля. Кроме того, жизнь с ориентацией на общество часто подразумевает, что повседневная деятельность человека подчиняется определенному порядку, который сам по себе оказывает защитное влияние. Даже если случается самое худшее, что может произойти в той или иной ситуации, многие самоубийства можно предотвратить целенаправленным или случайным вмешательством окружающих. Более того, похоже, что превентивному эффекту социальных связей свойственна кумуляция: среди разведенных или овдовевших людей частота самоубийств выше, чем у имеющих семью, однако у нетрудоспособных или безработных разведенных и овдовевших людей уровни суицидов еще выше.

В то же время существуют сообщества, в которых самоубийство — весьма распространенное явление. Например, в России и Китае частота самоубийств в сельской местности в два или три раза выше, чем в городах. Социальное окружение, которое признает аутодеструктивное поведение (или придает ему

особую ценность), например, атмосфера тяжелого рока или сообщества, в которых происходит и становится достоянием общественности множество подобных действий, может скорее принести вред человеку, чем защитить его. Регионы с высоким уровнем суицидальных попыток часто отличаются множеством накопившихся социальных проблем. Жизнь в группе и следование ее нормам и поведению во многом является более легкой, чем по-

116

глава 12 Илкка Хенрик Мякинен, Данута Вассерман. Некоторые социальные факторы самоубийства

тытки самостоятельного существования; это утверждение справедливо и в отношении смерти.

Семейные отношения

Вероятно, самым важным социальным окружением для человека является семья. Несмотря на тенденцию к уменьшению ее размеров и [атаки современного общества в отношении ее полномочий и даже легитимности, семья до сих пор обеспечивает человеку основы эмоциональной безопасности (или ее нехватку), социальную и иногда финансовую (поддержку. Более того, она все еще является главным институтом социализации и передачи последующим поколениям ценностей и стереотипов отношений.

Между группами людей с различным семейным статусом существует отчетливые и почти универсальные различия в суицидальное™. У [женатых и замужних, как правило, наблюдается самый низкий уровень [суицидов; у разведенных и овдовевших лиц их уровень повышается в |2—3 раза. Частота самоубийств находится в обратной зависимости от [длительности брака и количества детей в семье. Уровни суицидов сре-|ди неженатых людей в целом также выше, чем у людей, состоящих в | браке.

Семейное положение (в отличие, например, от возраста) представляет собой добровольную категорию. Сегодня брак не предполагает [быть пожизненным. Начиная с 1960-х годов во многих странах появились новые его категории, такие как «свободный брак» (сожитительство (без регистрации брака).

Различия между семейными группами можно наблюдать на уров-| не сообществ. В современных западных городах территории, в основном населенные семейными парами с детьми, в целом отличаются самым низким уровнем суицидов. В формировании стиля жизни семьи участвует несколько факторов. Во-первых, существует отбор в семейную группу, при котором исключаются физически и психологически уязвимые люди. Во-вторых, в современном обществе факт вступления в брак обычно означает существование между партнерами такой степени доверия и удовольствия, что они взамен сожитительства выбирают формализацию отношений. В-третьих, жизнь, сосредоточенная на семейных отношениях и детях, обычно преобладает и в других парах, что создает некое социальное окружение, которое, особенно в крупных городах, составляет сильный контраст беспорядочному стилю

117

Рейде 1 III Группы суицидального риска

жизни в других местах. Похоже, все эти факторы снижают суицидальность, отчасти путем отбора и отчасти — посредством защищающего окружения. Таким образом, изменение семейного статуса и выход из данной категории (например, в силу развода), может подвергнуть человека большому риску.

Однако наличие семьи (или пребывание в ней) не означает автоматической защищенности. Для нее (как и другого социального окружения) в плане влияния на индивидуальную суицидальность важной является функциональность. Например, люди, происходящие из семей с историей самоубийств, подвержены существенному остаточному суицидальному риску. Однако на индивидуальную суицидальность влияет не только семья, но и друзья и знакомые.

Кроме того, брак — это категория культуры. Например, западные браки преимущественно основаны на романтической любви, в то время как в ином культурном окружении чувства не являются детерминантой, по крайней мере, главной. На решение о вступлении в брак существенно влияют мнения родителей и других родственников, а также экономические факторы. В разных сообществах это влияние приводит к различным эффектам брака. Например, высокая смертность вследствие самоубийства среди молодых женщин в сельских районах Китая связана с тем, что замужество является результатом межсемейного соглашения, и в новой семье невестке отводится крайне низкий статус. В свое время существовали общества, в которых социальной нормой было самоубийство лиц, переживших смерть «великого человека». Несмотря на то, что эта практика ушла в прошлое, подобное поведение до сих пор сохраняется в некоторых современных отношениях.

Занятость

Другой важной сферой жизни человека является занятость и профессиональная деятельность. Наблюдаются различия в суицидальности категорий людей, отличающихся по степени занятости: наиболее существенны различия между безработными и теми, кто имеет работу. Исследования свидетельствуют, что первые представляют собой группу повышенного риска в отношении самоубийств и суицидальных попыток (5, 6), однако вопрос о причинно-следственных связях занятости и суицидальности остается открытым.

Подобно семье, работа может дать многое. После процесса первичного отбора она предлагает не только деньги, но и социальные связи,

118

Глава 12 Илкка Хенрик Мякинен, Данута Вассерман Некоторые социальные факторы самоубийства

положение в обществе, возможности поддержки и стабильность. Безусловно, связь между безработицей и самоубийством существенно зависит от значения безработицы для индивида. Во время кризиса 30-х годов подъем безработицы в США и Западной Европе сопровождался повышением частоты самоубийств (особенно среди мужчин), однако в современных исследованиях на совокупном уровне подобного явления проследить не удалось. Это отличие отчасти можно объяснить развитием систем финансовой поддержки, смягчающих последствия безработицы. Тем не менее, принадлежность к группе безработных, существующей независимо от экономических тенденций, может быть показателем серьезных личностных или социальных проблем.

Если человек, находящийся во взаимозависимой социальной ячейке, например семье, становится безработным или иным образом покидает рынок труда, то это обстоятельство редко обладает исключительно индивидуальным влиянием. В зависимости от экономических и других обстоятельств влияние на целостную семью бывает различным: от легкой досады или даже облегчения, возникающего у родственников, до серьезного жизненного кризиса, ведущего к суицидальному поведению.

Как правило, у людей с полноценной занятостью и доходом от профессиональных занятий отмечается самый низкий уровень самоубийств. Риск суицида у безработных зависит от многих факторов: например, сложно сказать, в какой степени высокую частоту самоубийств у пожилых в большинстве стран Европы можно объяснить исключительно отрывом от трудовой деятельности. Тем не менее, существуют две особые, легко распознаваемые группы высокого суицидального риска:

— люди, оказавшиеся вне рынка труда по различным причинам, не связанным с семейными или профессиональными соображениями (например, получающие пособие по нетрудоспособности);

— безработные, которые хотят иметь, но не могут найти работу. Первая из этих групп характеризуется наиболее серьезным риском.

Существуют, впрочем, различия и среди лиц, имеющих работу. Несмотря на некоторые отличия между странами, большинство европейских исследований обращает внимание на «классовую лестницу» смертности вследствие самоубийства. У мужчин с самыми высокими профессиональными позициями — так называемых «белых воротничков» — уровень суицидов является самым низким; он начинает возрастать по мере движения по классовой лестнице вниз и достигает максимума на низших ступенях — среди неквалифицированных рабочих. Эта зависи-

119

I

Раздел III Группы суицидального риска

мость совмещается (и отчасти обуславливается) с другими социально-психологическими и культуральными различиями представителей различных статусов занятости.

Не столь ясной и однозначной предстает ситуация у женщин. Существуют данные о наличии Ц-образной зависимости, когда женщины, занимающие средние позиции, имеют наименьший риск, а у представительниц низшего и высшего звена отмечается самый высокий уровень суицидальности. В то же время следует иметь в виду, что в социальных науках классификация женских классовых позиций в современном обществе является предметом дискуссий.

Переезды и миграция

В целом принято считать, что все изменения в социальном окружении так или иначе, в зависимости от степени важности разорванных социальных связей, могут провоцировать самоубийство. Не вникая в вопрос о причинно-следственных связях, можно утверждать, что одиночество, разводы и негативные изменения статуса занятости человека связаны с суицидальными кризисами и возможностью соответствующих действий. Эта же тенденция характерна и для географических перемещений. Обнаружено, что среди людей, совершивших самоубийство, недавнее или повторное изменение места жительства встречается чаще. Более того, регионы с высоким уровнем миграционных процессов нередко характеризуются большой частотой суицидов.

Что касается самоубийства и географических перемещений, большинство исследований было сосредоточено на эмш рации-иммиграции (т.е. пересечении межгосударственных границ). В общем, уровни суицидов у иммигрантов имеют тенденцию к росту в новой стране по сравнению со страной происхождения. Этот факт во многих случаях можно объяснить «негативной селекцией» мигрантов (в основном уезжают те, кому нечего терять), а также общим стрессом на протяжении иммиграции и последующим психосоциальным риском (7, 8).

Однако в отношении долговременных последствий миграции ясная картина отсутствует — существуют данные о процессах конвергенции, которые с течением времени приближают суицидальную смертность мигрантов к показателям представителей коренной популяции, однако эти данные применимы не везде и не для всех групп. Например, финны — иммигранты в Швеции даже после десяти лет проживания в новой стране имеют очень высокий уровень суицидальной смертности (8).

120

Глава 12 Иякка Хенрик Мякинен, Данута Вассерман Некоторые социальные факторы самоубийства

Этот факт иллюстрирует сложность обсуждаемой темы. Во всем мире люди многих национальностей со своими миграционными (и суицидальными) традициями эмигрируют по различным причинам в разные страны, которые, в свою очередь, принимают их по-разному. С учетом этих обстоятельств трудно делать какие-либо обобщения относительно долговременного влияния на суицидальность столь множества факторов. Тем не менее удалось

установить, что наиболее важным фактором является наследие культуры, происхождение человека. Люди из наций с низким уровнем самоубийств (например, арабы, лейтети Средиземноморья и Южной Африки) склонны поддерживать его и в новой окружающей обстановке, а мигранты из Восточной Европы, напротив сохраняют высокий риск суицида и в новой стране.

Не менее важен и способ адаптации к новой культуре, избираемый каждым эмигрантом из числа имеющихся. Маргинальные индивиды, живущие в стороне от коренного сообщества, отличаются высокой зависимостью от ближайших социальных связей. Лица, склонные к быстрой ассимиляции, рискуют потерять поддержку своей группы и, вполне возможно, не быть окончательно принятыми в новую группу, к которой стремятся принадлежать. Иммигранты со стратегией «сепарации» после переезда в другую страну предпочитают жить среди своей этнической группы, что с точки зрения превенции суицидов имеет позитивное значение, пока эта группа остается достаточно большой и способной к оказанию поддержки.

Культура и религия

Культура как коллективная идея, руководящая поведением человека, и, возможно, ее главная составляющая — религия, являются социальными категориями в том смысле, что пропитывают все общество, в котором мы живем. Принадлежность к той или иной культуре сочетается с удивительной способностью человека существовать в новом окружении с помощью процесса творческого приспособления. Похоже, большинство различий в суицидальном поведении национальных групп можно связать с различиями культурного мировоззрения. Эти группы существенно отличаются по культурному «видению» самоубийства, традициям отношения к этому феномену, и перечню обстоятельств, в которых он может считаться приемлемым решением (9—11). На индивидуальном уровне эти различия не столь заметны, однако на уровне коллективном они видны вполне отчетливо, например, когда уровни,

121

Раздел III Группы суицидального риска

распределение, способы и мотивы самоубийств четко отличают одну культурную общность от другой

В качестве примера можно отметить заметную стабильность частоты суицидов в разных странах и регионах. Даже когда в целом смертность вследствие самоубийств повышается и она снижается, различия между регионами — их ранговое расположение — имеет тенденцию сохраняться примерно на том же уровне (12). Несмотря на наличие отдельных исключений из этого наблюдения, сравнение современной частоты самоубийств у народов Европы с данными 100-летней давности свидетельствует о стабильности, происхождение которой следует искать в различиях национальных культур. Однако из этого правила есть исключение — это подростки, уровни суицидов у которых более изменчивы, чем в других возрастных группах, вероятно, в силу интернациональных влияний.

Религия традиционно является «матрицей» культуры. Ее связь с суицидальностью стала известной из учения Дюркгейма, в котором он отмечал устойчиво более высокий риск самоубийства у католиков по сравнению с протестантами. Однако в современных обществах религия стала индивидуализированной до такой степени, что ее влияние легче распознать между индивидами, чем между сообществами. В Западной Европе личная религиозность до сих пор остается главной детерминантой отношения к самоубийству. В этом смысле религиозность состоит в сильной обратной зависимости от (не-)суицидального поведения, пока привязанность к религии остается сбалансированной (13).

Библиография

Объем публикации позволяет привести лишь самые важные ссылки. Для

получения более обширной информации рекомендуем обратиться к фундаментальным работам в этой области (14—17)

1 Ошккееп Е ЗшскЗе Ёопйоп Кои(1ес1\$е 1992 Рус пер Дюркгейи Э Самоубийство Социологический эгюд М Мысль, 1994

2 Мактеп ІН Баз(егп Ыгореап (гапзШоп апс1 зшийе толаггу 8осш1 Зсшпсе &Мес1кте 2000, 51 1405 1420

3 НеЖкшсн МЕ кошена Е Т', Ма/Нипеп МУ е/ а/ Ёоиа1 Гас(огз т зшийе В/ З Рис/пану 1995,167 747 753

4 Мсип К IV Зосга! апс! ГагтМа! пзк гас!О1>> т ьшисЫ Ыспауог Рхус/шИ/ С1ш МоКк 4тешаКеме\\ 1997,20 519 550

122

І к1ва 12 Илкка Хенрик Мякинен, Данута Ваиерман Некоторые социальные факторы самоубийства

5 Р1аИ 5 ЗлслсЫ Ёепаую1 аш! ипетр]оутсп1 Л 1иега(игс геуюи НеаНИ роНсу 1тр1и.а(юп<> оСипетр1оутеп[Оепеуа \МмШ НеаИЬ О1«агм/аиоп 198> 87 132

6 N014110111 Т Тье ипрас! от" а1со1ю1, сбуогее апс! ипетр1оутеп1 оп «1ск1с а ти1Ыеуе1 апалуч15 5о«. Роие\ 1995,74 293 314

7 ^оІшп^оп Ы М М1\$га!юп, теп(а1 БеакЬ, апс! ыпс1Йс Ап ер| йе1"пю1о!:1са1, рчуЫнаГпс, апё сю55-(и1(ига1 \ис!у \$!оск1ю1т ПераНтет о! С1|шса1 Ыешо'.сшпсе апс! Рагш1у Мес1|сте, КаюНпька 1пмтие 1997

8 Мактеп ІН УУаччетшпО ЗшскЗе тог1а1Цу атопц (Бс 1тпиа;гап{ РтшчЬ 5\ уес1сч ЛгсК1уез оГ ?шс1с1е КезсарсЬ 2003 7

9 ГсиБеюм N1* (ее!) 8шс1с1е т й^ГегепГ (.иНиюз ВаИнпогс Ы'шусгм(у Рагк Р1ечч, 1975

10 Мактеп ІН 8и1С1(1е-ге1а(ес1 ептех т соп1етро1а1'у Ешореап сгпп1па1 Ы^'ь СП515 1997, 18 35-47

11 К/а/ МЗ 5шс1с1е аз зост! 1о\$ю 5шс1е Ы1[е Т1пеа! Веках 1994, 24 245 — 255

12 Мактеп 1Н УУазхенпап И Зикмёе ргеуеп1шп апс! сикига! гсз15(апсе 5(аЫЫу 1п Егореап соип1пе5' зиюкЗе гапктц, 1970 - 1988 Ип1 3 5>шсн1о1 1997.

7 73 85

13 Ремохо/м'о В Сеол\$шппа 5 ВигкЬепп, зиплёе, апс! геИ^юп Ю»агй а пеиуогк (Беогу ог~чшск1е Ат Зое Лет 1989,54 33 -48

14 пиЫт Ы 1 Зикмёе А 5осю1о\$1са1 апс) 51а115(1са1 5(ис1у Ыеу "Уогк КопаШ Ргезз, 1963

15 1е\1е1 О (аи) Бе зиюк^е 100 уеагз 1а1ег РЫ1ас1е1рп1а Сьаг1еь Ргезз, 1994

16 Мапп У 7 (ее!) Зшекк Тье рзусп1а(пс сьшс^ оГ No^І1^ Атепса, уо1 20 Рп|1а<Зе1р1-ца \УВ Заипс1ег5, 1997

17 Риюка/с! С \$шск1е 1Бе и1(1та1е ^е^ес^1оп';> А р5усьо-зос1а1 Вискт\$бат, 1)К Ореп итуегз11у Ргезч, 1995

123

ми

Раздел IV. Суицидальный риск и его оценка

13

Негативные события жизни (утраты, внезапные перемены, психические, в том числе нарциссические травмы) и самоубийство

Данута Вассерман

Введение

К счастью, самоубийства случаются редко. Несмотря на то, что в описанных ниже ситуациях бывают многие люди, лишь незначительное меньшинство, оказавшись в них, накладывает на себя руки. В этой главе приводится

перечень различных ситуаций риска, каждая из которых может стать «последней каплей» — стрессором, побуждающим уязвимого человека к совершению суицидальных действий. Для любого индивида потребности в любви, принадлежности, необходимости для других и уважении окружающих, а также осознание собственного достоинства являются очень важными. Негативные события жизни, мешающие удовлетворению этих основных потребностей, могут привести некоторых людей на грань суицида. Там же могут оказаться те, у кого нет возможности вернуть утраченное, и которые одновременно сталкиваются с безразличием, отвержением или враждебностью окружения.

В личности суицидента соперничают желание жизни и желание смерти. Его амбивалентность заметна и во многих других отношениях. Происходящие негативные события часто накладываются на опыт сходных ситуаций в детстве или коллизий, тянущихся на протяжении многих лет, влияющих на эмоциональную и интеллектуальную сферы и становящихся причиной хронического стресса. Однако самое большое значение имеет не факт присутствия этих событий в жизни человека, а его отношение к ним. Некоторые люди склонны реагировать на подобные

124

Глава 13 Данута Вассерман Негативные события жизни (утраты, внезапные перемены, психические, в том числе нарциссические травмы) и самоубийство. Ситуации чувств вины, безнадежности, стыда, обиды и злости. У них нарушается способность к разрешению проблем, а если они, кроме того, страдают от переутомления или истощения, бессонницы, голода или нарушения пищевого поведения, то натиск суицидального процесса может быть быстрым даже при исходном отсутствии суицидальных тенденций. Любое относительно незначительное негативное событие в жизни уязвимого человека может способствовать совершению суицидальных действий (см. главу 14).

Негативные события жизни

Неожиданные перемены в жизни (реальная или ожидаемая утрата, неудачи в семье или на работе) могут сделать актуальными воспоминания и переживания, связанные с похожими событиями в личной истории. Подобное сочетание создает отчетливую ситуацию риска самоубийства. Некоторыми исследованиями показано, что негативные события жизни являются не только катализаторами суицидального процесса, но и факторами, ускоряющими самоубийство. В ходе изучения 1067 жертв суицида в Финляндии (1—3) негативные события жизни выявлены в 80 % случаев. Наиболее частыми являлись проблемы на работе (28 %), в семье (23 %), соматические заболевания (22 %), финансовые проблемы (18 %), безработица (16 %), разрывы и разобщения (14 %), смерть члена семьи (13 %) и его болезнь (12 %). Женщины испытывали негативные события жизни чаще, чем мужчины.

Несомненно, молодежь больше сталкивается с разобщенностью, чем старшее поколение, и, кроме того, переживает более серьезные проблемы в отношениях в семье, большие препятствия, связанные с финансами, занятостью, в том числе и безработицей. Молодые люди сами провоцируют возникновение многих жизненных событий. У суицидентов среднего и пожилого возраста преобладают соматические заболевания и проблемы, связанные с выходом на пенсию. Установлено, что события жизни, выступающие в суицидальном процессе в качестве острых и хронических стрессоров, обладают эффектом накопления.

Повышенная частота самоубийств отмечена у представителей некоторых профессий, химиков, фермеров, полицейских, артистов и художников, врачей и персонала, работающего в сфере психического здоровья (4). Относительно высокая склонность этих групп к совершению суицидов может быть следствием сочеганного взаимодействия стрессовых факторов на работе,

возможностей, связанных с доступом к сред-

125

Раикл IV Суицидальный рш.к и его оценка

ствам саморазрушения, и других факторов риска, таких как психические нарушения и расстройства личности

Реальная или ожидаемая утрата

Помимо разрыва с партнером или другом, разобщение или утрата могут повлечь за собой потерю имущества, личных и социальных функций, а также и отношений, обеспечивавших безопасность. Для некоторых лиц суицидальный риск становится высоким, если ежедневные перемены в жизни ведут к утрате смысла жизни. Это обстоятельство особенно применимо к тем людям, которым сложно найти новую цель в обычной жизни и приспособиться к новой обстановке (5).

Утрата значимого человека

Исчезновение значимого человека (например, партнера, родственника, друга, соседа или (для стариков и немощных) помощника по дому), который оказывал практическую помощь и поддерживал самооценку человека с суицидальными тенденциями, может обернуться невосполнимой потерей. У людей с выраженной склонностью к зависимости фрустрация достигает особой силы. В «Западно-восточном диване» Гете красочно описал их способ обращения с фрустрацией:

Но рука, что благородной дланью

Тянется и к малому даянью,

Тронет всех. О, жест красноречивый!

Влажный взор признательно-счастливый!

Их увидя, в руку снова вложишь,

Не даря и жить уже не сможешь*.

Потери любви, определенного вида деятельности, важного опыта, финансового дохода и социального положения, которые были связаны с утраченным человеком, могут вызывать чувство опустошенности. Это чувство вместе с фрустрацией потребности в безопасности может породить ситуацию высокого суицидального риска. Свою лепту в нее вносят разрыв отношений или разобщение, если они напоминают схожие события детства.

У мужчин в большей мере, чем у женщин, риск самоубийства возрастает после смерти одного из родителей или супруга и остается повышенным в течение следующих 4—5 лет. Кроме того, он увеличивается для остальных членов семьи после самоубийства их родственника, ког-

* Гете И.-В. Собр. соч. В Ют. Г1. Стихотворения С. 349, Пер В. Левина

Прим. ред

126

М. Худ. лит., 1975

/ Ява 13. Данута Вассерман. Негативные события жизни (утраты, внезапные перемены, психические, в том числе нарциссические травмы) и самоубийство: да они переживают процесс горя, который обычно является продолжительным и сложным.

Утрата национальных или культурных связей

Частота самоубийств повышена среди эмигрантов и беженцев, еще не приспособившихся к новой стране. Свой вклад вносят рафыв со старой культурой и шок от внезапного столкновения с новой. Кроме того, отчуждение от общества, не являющееся добровольным выбором группы или человека, также, видимо, повышает риск суицидов (6). Это положение применимо ко многим туземным этническим группам, таким как американские индейцы, аборигены Австралии и Канады (см. главу 12).

Утрата здоровья

Возникновение соматической (глава 11), психической болезни (например, депрессии и психотического состояния) или злоупотребления психоактивными

веществами (главы 4—9)), а также переживания, связанные с их рецидивами, воспринимаются как тяжелое негативное событие в жизни (7). Любое новое обострение хронического заболевания вынуждают страдающего человека заново учиться справляться с болезнью. Не все люди могут вынести подобное бремя

Госпитализация

Лица, страдающие психическими болезнями, и пожилые люди с хроническими заболеваниями могут рассматривать помещение в стационар как угрозу личной автономии. Иногда риск суицидальных действий является особенно высоким до начала лечения.

Временная выписка из стационара

Временная выписка из стационара (лечебный отпуск) после суицидальной попытки или в ходе лечения психического заболевания, когда у пациента еще сохраняется суицидальное мышление, представляет собой ситуацию риска. Проблемы, связанные с лечебным отпуском, могут стать особенно серьезными, если персонал клиники обладает фрагментарными представлениями о пациенте. Если понимание его состояния является в корне отличным у представителей разных групп медицинского персонала, могут возникнуть серьезные процессы в сфере групповой динамики. В этих ситуациях необходимо провести оценку возможного суицидального риска и анализ психодинамики взаимодействия представителей персонала клиники (глава 15)

127

Ра где I IV Суицидальный риск и его оценка

Выписка из стационара

Окончательная выписка из больницы также может быть фактором риска (8). Повторные суицидальные попытки, как и самоубийства, час то случаются вскоре после того, как пациент оказывае1ся дома В первые недели и месяцы после попытки суицида смертность вследствие самоубийства и других причин является особенно высокой, и она остается повышенной в течение, по меньшей мере, одного года. Возможная причина кроется в недостатке или полном отсутствии мер по реабилитации и дальнейшему наблюдению за пациентом. План этих мер должен быть создан до выписки пациента в тесном сотрудничестве между персоналом больницы, семьей и общественными службами (глава 15).

Утрата здоровья или смерть значимого человека

Дополнительными ситуациями риска являются внезапная или хроническая болезнь, а также смерть члена семьи и друго! о важного человека. У молодых женщин сильное чувство вины и утраты может быть вызвано абортм (вне зависимости от того, был ли он сделан добровольно или вынужденно в силу каких-либо обстоятельств). Для некоторых юношей сложности в развитии гетеросексуальной ориентации являются серьезной психической травмой, напоминающей утрату.

Утрата возможностей для работы и учебы, утрата места жительства и финансового положения, страх перемен

Потеря человеком места жительства, неудачи в учебе, безработица, финансовые сложности и банкротство — это частые негативные события жизни, которые отмечаются у людей, совершивших суицид.

Для некоторых людей изменение работы и даже возвращение на прежнее место, что многими расценивается как вполне позитивное событие, могут стать факторами риска. Они могут напомнить о прежних нерешенных проблемах на работе или о неспособности справиться с обязанностями.

Для уязвимых юношей выбор рода занятий, профиля обучения, места жительства и партнера может превратиться в ситуацию риска. Студенты, начинающие высшее образование (особенно в течение первых дв^х лет), и новобранцы в армии в начале службы и при ее завершении могут переживать

серьезный стресс В сочетании с психиатрическими и психологическими факторами риска он вносит вклад в повышенный

128

1'тва 13 Данута Вассерман Негативные события жизни (утраты, внезапные перемены, психические, в том числе нарциссические травмы) и самоубийство уровень самоубийств в этих группах.

Внезапные экономические потери в связи с банкротством, увлечением азартными играми (гэмблингом) и т.д. могут также способствовать риску в условиях очень низкой самооценки индивида и страха перед встречей с требованиями новой ситуации.

Проблемы взаимоотношений

Часто непосредственно перед суицидом возникают различные проблемы отношений с членами семьи, друзьями и коллегами (9). Вызванные ими одиночество, отчаяние или депрессия обостряют ситуацию. Отсутствие поддержки между супругами и воспроизведение в отношениях негативного поведения родителей составляют фактор риска для того из них, кто обнаруживает суицидальные тенденции и часто склонен к пожизненным поискам любви, утешения и поддержки.

Изменение стиля жизни в связи с государственными и иными праздниками

В нескольких исследованиях описана связь частоты самоубийств с основными государственными праздниками (10). Этот феномен включает в себя снижение вероятности суицидальных поступков перед праздниками и подъем — после их завершения. На Западе эта модель особенно заметна на Рождество, Новый Год, Пасху и Троицу; в США — в связи с Днем Независимости (4 июля) и Днем Труда. Описанная тенденция справедлива как для самоубийств, так и для суицидальных попыток.

Факторы риска включают не только изменение содержания повседневной активности, но и разочарование в связи с возвратом к будничной жизни, несбывшимися ожиданиями, накопившимися проблемами во взаимоотношениях и похмельем вследствие чрезмерного употребления алкоголя в дни отдыха.

Суицид может произойти и в связи с индивидуальным «красным днем календаря». Дата может оказаться особенно важной для человека — например, днем, когда кто-то из членов семьи покончил с собой, днем рождения или иной эмоционально значимой годовщиной.

Сезонность также является характерной особенностью: весной и летом совершается больше самоубийств, чем зимой.

129

Раздел IV. Суицидальный риск и его оценка

Изменения в жизни

Возрастные кризисы

Начало определенной стадии жизненного цикла или ее завершение (половое созревание, зрелый возраст, менопауза, старость) могут вызывать различные проблемы и представлять собой ситуацию риска, возможно, в силу утраты прежнего содержания жизни и отсутствия нового смысла, или из-за потери значимых отношений (5). Люди, которые видели счастье в молодости и успешной карьере, могут воспринимать старение как утрату себя, процесс, разрушающий их самооценку.

Изменения, связанные с нарушением законов или социальных норм

Юридические проблемы — задержание вследствие нарушения законодательства, лишение водительских прав или лицензии на ношение оружия, обвинение в растрате или другие случаи уголовной ответственности — вызывают чувство стыда и бесчестия и могут повысить риск суицида.

Изменения в связи с тюремным заключением

Непосредственно после начала отбывания наказания или во время возникновения новых проблем с законом (например, вынесения новых

обвинений, изменения приговора или отказа в удовлетворении апелляции, направленной в высшие судебные инстанции) заключенные оказываются в ситуации суицидального риска, который окружающие часто упускают из виду. Кроме того, риск возникает, если заключенный получает известия о тяжелой болезни в семье, потере любимого человека, или переживает отвержение и другие состояния, связанные с нарциссическим расстройством. Иными словами, у заключенных факторы риска те же, что и у жертв суицида в целом. Кроме того, у этих лиц сохраняют свое значение и ранее описанные в этой книге психиатрические, психосоциальные, соматические и личностные факторы (11).

Травмы

Насилие, физическая и психическая травма

Ситуацию суицидального риска, безусловно, создают запугивание, преследования и издевательства в школе и на работе. Она отчетливо возникает, если жертвой насильственных действий или угроз становится сам человек, подверженный риску суицида, или кто-либо из его близкого окружения. Связь с самоубийством установлена для травматичес-

130

[глава 13. Данута Вассерман. Негативные события жизни (утраты, внезапные перемены, психические, в том числе нарциссические травмы) и самоубийство
ких событий типа сексуального домогательства или нападения, изнасилования, физического или психического издевательства. Она выявлена и в случаях инцеста и любых происшествий, вызывающих воспоминания об этом событии, мучениях и прочих травмах (12).

Травмы детства, вне зависимости от наличия насилия и иных злоупотреблений, часто остаются неразрешенными, если ребенок воспитывался в дисфункциональной семье, которая была не в состоянии заботиться о нем. Суициденты часто происходят из неполных семей или семей, в которых родители страдали аффективными расстройствами или психическими заболеваниями. Обнаружение депрессии и алкоголизма в этих семьях также типично.

Война и стихийные бедствия

В ходе детального изучения состояния ветеранов войны во Вьетнаме выявлена корреляция между травматическим опытом и суицидальностью. Однако повышение уровня суицидального поведения у них наблюдалось и вне зависимости от наличия посттравматического стресса (13). Возникновению суицидальных мыслей способствуют стихийные бедствия, подобные наводнениям, ураганам и землетрясениям; кульминацией этих размышлений у жертв становится самоубийство (14).

Нарциссическая травма

Все описанные негативные события жизни могут травмировать чувство собственного достоинства человека и снизить его самооценку. Поэтому очень важно знать особенности отношения суицидента к этим событиям — утратам, изменениям и травмам, — и прежде всего их роль в возникновении чувств беспомощности и безнадежности (см. главу 14). Наряду с врожденной и приобретенной уязвимостью (см. главу 2) важными переменными являются стратегии преодоления человеком кризисных ситуаций и степень доступности для него соответствующей помощи (а также степень успешности тех, кто ее предлагает, или выраженность их негативного или враждебного отношения).

Библиография

1. НегШпеп М., А го Н., Ыдпис/г/х! ^ . Кесеп(ПГе еуеп1в, \$оaa1 зиррой апо! зшсьЕ. Аст РаусШп: 5саЫ. 8ирр1. 1994: 377:65—72.

2. НегкИпеп М Е., 1иотелaa Е Т. Аго Н М., е1 а!. А^е-ге1а(ес1 уапаПоп т гесеп! ПГе еуепь гресссНп;» зшскЛе../ Уеп: Меп1. О/У 1995; 183:325- 331.

131

3 котеиа Е Негкктеп М Неппкзвоп М е/ а/ Кесеп! Ме еуеп1ч апс! сотр1е(ес1
 зшаёе т Ыро1аг аГГес11Уе сьзогйег А сотрапьюп \У1(Б та^г йергезыуе
 хтск^ея У АДеа Оок! !995 33 99 106

4 Вохе/ РА ВшпеИ С Быапзоп N 5шис1е апй оссира1юп а геу|еу оГ 1бе
 1ИегаШге ^ Остр Епмгоп Мей 1995 37 442 -452

5 КикС №а>\$гас/1 С Ыепиу/'/Я е! а/ 3шсю'е 51ге5зог5, апс) (Не 111е сус1е
 Ат ^ Р\$ускш1гу 1991, 148 524 527

6 Беч1ег п Ка11Уе Атепсап чи^е^е ^а^е^ ассиНига1юп ч1ге\$5 апс!
 (га^Пюпа! пкеёгагюп Рзуско! Пер 1999,84 398

7 Наз(еР Скшкоп3 ЗепктвК РогепПа! Гог 5и1С1Йе ргеуепПоп т рптагу саге"
 Апапа1у515оСГас(ог5а55ос1а(ес1\У1ГЬ 5шис1е В\ У Сеп Р/ас 1998 48 1759
 1763

8 НоЧеу НЬ Р~и(.С 1*о\еЕЗ 8и1С1Йе
 а зшс1с!е аиетр! а СагЫтп {'оНои'-и 33 543—551

9 Мапч К Ш 8ос1а1 апс! ГагшБа! пзк {ас(ог5 т ьи1С!<1а1 беНауюиг Р\скш1г
 С1т Ыопк Ат 1997,20 519—550

10 Уехъеп С Уепхеп В Ро\$(ропес1 5шс1<1е йеаЛ0 8шс1Йе5 агоипй ЫтЪауз
 апй та^о^ рийЮ ЫоЫауз 5шЫе Ц/е Тк>еа1 Века\> 1999, 29 272 -283

11 Науез I М Ы\ зшЫе апс) Ле пеес! Гог йеЬпеГтё Сгта 1997 18 150 -151

12 Реггас1а-Ыо11 М АзЬег^М Оггчша"К 8шскЫ ЫеБаУюиг аЛег зеуеге
 1гаита Раг(2 ТЬе аззостПоп бе1уееп теЙоёз оГ (огшге апс1 оГ зшшсЫ
 1с1еа(юп т ро5«гаитаПс 5(гезь сь\$огс!ег У Т/аита 3пем 1998, 11 113—124

13 ВиИтапТА Кап\$ Н К РозМгаитаис ьггезь Й15ог<3ег апс! 1бе пзк
 оГггаита^с с1еа1Бз атоп^ У1в1пат уе(егапз У №>у Меп1 Ог5 1994, 182 604
 610

14 Кги\$ Е С Кгетоы М, РеМмо/с/У Р е! а/ 5шск1е айег па(ига! с)1за51егз Л'
 Еп\$1 У Мей 1998, 338 373—378

ап тра11еп(Бозр11а112а1юп Гог 8ос Рвускшиу Ерю'етю! 1998,
 132

14

Опыт негативных событий жизни у
 суицидентов

Данута Вассерман

Эта глава посвящена эмоциональному опыту суицидентов, который
 оказывается важным в случае, если негативные события жизни (глава 13)
 побуждают их совершить самоубийство

Следы ранних лет

Отношение и реакцию суицидентов на актуальные негативные события жизни
 необходимо рассматривать в свете фрустрации основных потребностей — в
 принадлежности, любви и признании — не только в суицидальной ситуации,
 но и начиная с раннего детства (1)

Прошлые и настоящие взаимоотношения суицидентов часто характеризуются
 переживаниями унижения, нарциссической травмой и отвержением Кроме
 того, их актуальные эмоциональные реакции и когнитивные установки, как
 правило, перегружены воспоминаниями и чувствами, связанными с ранними
 утратами и негативной эмоциональной атмосферой в семье Часто их родители
 были строгими, скорыми на расправу, недостаточно отзывчивыми,
 подчеркнуто безразличными или чрезмерно опекающими «суперродителями»,
 неспособными к адекватному обеспечению потребностей ребенка Не имея в
 детстве позитивных примеров, связанных с навыками общения, вербальным
 взаимодействием и поведением, и впитав в родительском доме модель
 суицидального поведения, суициденты склонны выбирать аутодеструк-тивные
 действия в качестве способа преодоления кризисных ситуаций в том случае,
 если негативные события жизни вновь актуализируют их неуверенность в
 себе(2)

133

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

Недостаток любви к себе

О нарциссизме у суицидентов написано много, и существует немало интерпретаций мифа о Нарциссе. Однако для людей, склонных к самоубийству, более характерна проблема отсутствия любви к себе, чем чрезмерная самовлюбленность. Они жаждут поддержки окружающих и опустошены ее отсутствием.

Суициденты тоскуют по любви, близости и пониманию. Голод, связанный с невозможностью удовлетворения этих потребностей, они часто маскируют усилиями, направленными на его сокрытие. Окружающие могут ложно истолковывать подобное поведение и воспринимать его как провокационное, самодостаточное, холодное и отвергающее. Однако при ближайшем рассмотрении становятся очевидными скудные и хрупкие механизмы психологической защиты суицидентов в ситуациях кризиса и неудовлетворенности (3).

Стыд

Смертельный стыд из-за отвержения, чувства малой ценности и неспособности воплотить в жизнь грандиозные идеалы и стандарты, которые, как правило, они себе внушают, является обычным для людей с суицидальными тенденциями. Они чувствуют себя никчемными, второсортными, слабыми и неуверенными и одновременно мечтают, чтобы их любили и ценили. Негативные события жизни до основания разрушают их фантазии. Стыд пропитывает их личность и выходит наружу, если ситуация утраты и/или оскорбления обнажает их «дефекты» (4).

Однако они могут переживать мучительный стыд, даже если действительно любимы, удачливы и успешны во всех своих начинаниях. Их постоянно беспокоит глубинное чувство, берущее начало в раннем детстве, что никто не может их полюбить из-за того, что под внешней оболочкой они скрывают ужасное содержимое. Поэтому успех не приносит им удовлетворения. Стыд усиливается чувством, что полученные знания даны для чего-то такого, чего они не заслужили, и на самом деле они вводят людей в заблуждение.

Стыд требует от них стать другими, превратиться в «перевертышей», и если эти попытки завершаются неудачей, то суицидальные импульсы усиливаются. Отчаянное стремление к уничтожению своей «плохой» части может спровоцировать суицидальные действия (5).

134

/ юва 14 Данута Вассерман Опыт негативных событий жизни у суицидентов

Нарциссическая травма

Тяжелая травма, нанесенная самоуважению, часто ускоряет совершение суицидальных поступков. Суициденты обладают губительной склонностью и талантом неизменно провоцировать различные повторные травмы или оскорбления. Нередко последствия этой тенденции приносят подтверждение их чувствам отверженности, ненужности и брошенности. Более того, многие суициденты весьма чувствительны и легко обижаются в ситуациях, которые другими людьми не воспринимаются как оскорбительные. Отмеченная склонность порой является столь заметной, что череду реальных и воображаемых обид они, в конце концов, могут истолковать как намеренно созданную последовательность, поэтому у суицидентов возникает паранойяльное отношение к окружающим. Результатом нарциссической травмы становятся не горе и его проживание, а следующие после вспышек мщения и гнева горечь и тоска, которые в итоге ведут к аутодеструктивным действиям.

Описанное не исключает возможности, что суициденты могут на самом деле быть объектом плохого отношения со стороны окружающих, в том числе медицинского персонала. В этом большое значение играет их склонность к накоплению оскорблений, которая, в свою очередь, делает суицидентов еще

более непримиримыми, переполняет отвержением и ненавистью (5).

Ярость и гнев

Нарциссическая травма и стыд находятся рядом с яростью и гневом (6). Если человек чувствует «разоблачение», которое обнажает его сокровенную сущность, то суицидальная ситуация не за горами. Она может возникнуть, например, при утрате обожаемого партнера, который в значительной мере способствовал уверенности суицидального пациента в себе; заботливого родителя, всю жизнь ухаживавшего за сыном, больным шизофренией; при крахе благосостояния любимой страны и утрате безопасности, которую обеспечивали поддерживающие люди, обстоятельства и/или вещи. Вероятность возникновения ярости и гнева очень велика, если реальные жизненные обстоятельства, державшие нежелательный образ себя в страхе, исчезают, а средства фантазии оказываются бессильными в его обуздании. Если у человека отмечается недостаточная способность к нейтрализации аффектов, то он начинает воспринимать все утраты и обиды как невыносимую трав-

трав-

135

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

му, и в итоге возникает страстное желание смерти, которая кажется единственным выходом.

Вина

Вина — это еще одно чувство, господствующее в сознании суицидентов (7, 8). Высокие внутренние идеалы и строгие, преимущественно архаические и ригидные моральные нормы способствуют появлению угрызений совести, которые возникают в случае негативных событий жизни. Далее очень легко появляются тревога и вина за неуспешность по сравнению с другими людьми. Чувство вины порождает стремление к чрезмерным и необдуманным компенсационным действиям, которые иногда могут противоречить интересам суицидальной личности и ее инстинкту самосохранения. Если вместо благодарности, на которую она рассчитывала, ее поступки вызывают сомнение, удивление или рассматриваются как неприемлемые, возникает замкнутый круг.

Вина может возникнуть вследствие сознательного или неосознаваемого чувства враждебности или мести в отношении «амбивалентного» (любимого и одновременно ненавистного) объекта утраты (9).

Вина, вызванная ненавистью родителей или супруга, заставляет человека чувствовать себя исчадием ада, для которого самоубийство является заслуженным наказанием. Кроме того, чувства вины и стыда усиливают негативное самовосприятие, которое становится невыносимым, и самоубийство превращается в средство бегства от его болезненного осознания.

Отчаяние и безнадежность

Отчаяние и безнадежность в отношении будущего являются эмоциональными состояниями, которые часто возникают у суицидальных личностей при переживании утрат, травм и важных изменений в жизни (см. главу 13). Особой силы наряду с идеями никчемности могут достигать фантазии возрождения или воссоединения с объектом утраты посредством самоубийства (10, 11).

Парадоксальное поведение

Иногда поведение суицидентов отличается парадоксальностью, и его часто провоцируют негативные события жизни. Суицидальная личность может испытывать страх зависимости от мнения окружающих,

136

1~1Шва 14 Данута Вассерман Опыт негативных события жизни > суицидентов

глубинное чувство никчемности и стыд из-за возможности раскрытия ее

отверженности Поэтому суицидальный человек вводит в заблуждение своих близких и медицинский персонал ложным чувством безопасности, и может успешно убедить их в том, что способен справиться со всем сам без посторонней поддержки, одновременно ощущая беспомощность. Суицидент создает себе иллюзию контроля над межличностными отношениями посредством отвержения людей, которых любит или в которых нуждается (12). Чтобы избежать разоблачения и переживаний стыда за «никчемность», которую ощущают суициденты, они маскируют уязвимость, защищаясь фантазиями величия и подчеркивая свою независимость и неуязвимость, несмотря на то, что действительность является противоположной (5).

Еще одним средством защиты от уязвимости становится отрицание обстоятельств реальной жизни, отчего столкновение с ними бывает невыносимым и форсирует риск самоубийства. Суициденты не способны на пересмотр своих эмоций и когнитивных установок, и губят себя, ставя на карту собственную жизнь.

Амбивалентность суицидентов можно использовать для спасения их жизни. Какие же разновидности вины, стыда или боли могут стать столь сильными, что заставят человека покончить с собой? Универсального ответа на этот вопрос не существует, ибо невозможно перенести индивидуальный опыт одного человека на другого или опыт индивида — на группу. Какие-либо обобщения неуместны. Тем не менее, почти до самого конца суицидальная личность сохраняет амбивалентность в выборе между жизнью и смертью. Амбивалентные чувства являются смешанными. Парализующее сомнение чередуется с отчаянными бросками мысли: покорностью, предчувствием неотвратимого и окончательным трагическим выбором. Для суицидентов типичным является туннельное сознание, ограничивающее и искажающее восприятие (см. также главу 2).

Существует различие между здоровой амбивалентностью, которой характеризуются базовые эмоции человека, здоровым сомнением, продвигающим нас вперед, и патологической амбивалентностью, которая парализует личность. Последняя есть результат неадекватной интеграции различных эмоций и их когнитивного и интеллектуального содер-

П7

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

жания У суицидентов часто сосуществуют и соперничают между собой «хорошие» и «плохие» объекты идентификации желания жить и умереть, потребности в чрезмерной зависимости и независимости, любовь и ненависть. Эти сочетания не являются однонаправленными в случае интеграции они становятся руководством по улучшению качества жизни. Но для некоторых суицидентов даже незначительные жизненные события и недостаток семейной и дружеской поддержки могут стать фатальными.

Очень важно слышать и своевременно реагировать на чувства стыда, обиды и вины, о которых говорят лица с отчетливыми суицидальными мыслями, упоминающие о планах самоубийства или его попытках, а также имеющие историю суицидов в семье. В процессе выслушивания можно оказать помощь в осознании амбивалентности, которая всегда присутствует у тех, кто думает над расставанием с собственной жизнью. Ее можно использовать для остановки негативного развития суицидального процесса и предотвращения преждевременной и ненужной смерти (5, 13).

Если мы в общении с суицидентами остаемся «глухими» к их уязвимости, то результатом становится их самоуничтожение.

Библиография

1 Беккерлест Е. 8 Тье зшсчсЫ ттс! ОхГогй ишуегзКу Ргевз №\у Уогк, 1996 Рус пер Шнейдман Э. С. Душа самоубийцы М. Смысл 2001

2 Apple> A P1шс1ик К. Зе\>у 8 е1 а! ЭеГеппзе тесБагштз ш пзк оГ зшечье апё

пзк огуо1е1псе Ат ^ Рзускшиу 1989 146 1027 1031

3 Ёеепашч А 1е31е> п 5шс1с1е апс1 (Бе ипсопзсюиз ЫопЬ\а1е, N1, ША 3 Агопхоп 1996

4 КетЬе1% О Оы^поыз апс! ейшеа! тапа\$етеп(оГ 5шс1с1а1 ро{еп[1а1 т ЂогскгЬпе раПеп15 (Не ЂогскгЬпе райеп! уо! 2 Н11Ыа1е Ш, ША Апа1упс Ррезз 1987

5 МЫк ТУаччетюп О А((етр[ес1 зшаск 1Ье раПепГ ч Йт11у воет! пеиуогк апс! [Негару (ОосЮ0а1 О^зерШюп) 5>1оскЬо1т Каго1т5ка 1пЬ(1(и{е 1986

6 Непс/т Н ТЬе рзусЬойупагтсь ог зшиск \У1{И раг!}си1аг геГегепсс [о {Бе \ оипё Ат 3 Р^скшггу 1991 148 1 НО 1158

7 Непс/т Н Нааз А \$шс]с1с апс! ёй1'г а!> татГезШюпЬ оГ РТЗО гп У1е{пат сотЬа! уегегапЬ Ат I Р\с1\ют 1991 148 586 591

8 Непс/т Н ТЬе рьусЬоёупагтсз оГчшиск У Ысп Мем О/ч 1963 136 236— 244

9 Г)сие/ 5 Моитт!» апс! те!апсЬо1|а 1п 8(гасЬеу] (ей) ТЬе ч(апс1агс1 (Бе сотр1е(е рчусЬо!о\$1са1 \уогкч оГ \$1^типс1 Ргеис! уо!ите XIV о<"

138

[шва 14 Данута Вассерчан Опыт негативных событияи жизни у суицидентов Но^агЛ Ррезз 1957 243 258 Р>с пер Фрейд 3 Печать и меланхолия // Суицидология Прощие и настоящее Проблема самоубийства в трудах фи- юоофов социологов психотерапевтов и в художественных текстах М Когито-Центр 2001 С 258

10 Май\$Ье1%е1 3 Т Вш й Н ТЬе с!еУ1се5 о(" ьшскЗе геуеп^е псМапсе ап<1 геЬ1ПЬ Ш Кеу Рьускоапа! 1980 7 61 72

11 Ма11хЬе1\$ег3 Т Вш О Н ТЬе рЬусЬо1о^1са1 уЫпетЫНгу 1о зии.!ёе 1п Уасой5 О Вро\п Н (ес1ч) 3шаёе ипёегз1апс!|п\$ апй гечропйтё Мас115оп СТ, 1)8Л 1п1егпаПопа1 ишуегзШеь Ргезз 1989 59 72

12 Ы1/!оп К 5и1ск1е 1п ЗасоЬз Б Вюнп Н (ес1Ь) 5шс1с!е ипс1е15[ап(11пц апё гечропйт^ МасЬзоп СТ 118Л 1тегна1юпа1 ишуегяпшь Р1езз 1989 459 469

13 йшН К А МгсНаекК РзусЬойупаписз апс! чи1С1ёе 1п ЛспЬ', О (ей) Зшскк апс! сьтса! ргас11се ХУавЬтдЮп, ЭС Атепсап РзусЬ|а1пс Рреззч 1990 44- 53

139

15

Суицидальные попытки как фактор риска самоубийства: лечение и проспективное наблюдение

Нильс Реттерстоль, Ларе Мелум Введение

Из-за недостатка национальных и международных статистических данных о суицидальных попытках (парасуицидах) наши знания о масштабах этой проблемы базируются в основном на их мониторинге в определенных регионах и изучении отчетов соответствующих центров. Согласно проведенному ВОЗ Европейскому мультицентровому исследованию парасуицидов (1), уровень парасуицидов у мужчин колеблется от 45 до 314 на 100 000 населения — это данные низшего и высшего уровня среди 13 стран-участников. Уровень парасуицидов у женщин находится в пределах 69—462 на 100 000 населения. Во всех странах, за исключением Финляндии, парасуициды были более свойственны женщинам;' их соотношение у женщин и мужчин, в основном, колебалось от 1,5:1 до 3:1. У детей и молодежи парасуицид также являлся более характерным для женского пола. Складывается впечатление, что в младших возрастных группах уровни парасуицидов выше, чем в старших. Однако следует помнить, что мониторинговые наблюдения, подобные исследованию ВОЗ, включают в себя только парасуициды, попавшие в зону внимания медицинских служб, и они, особенно в младшей возрастной группе, могут быть лишь вершиной айсберга. Консервативная оценка показывает, что суицидальные попытки встречаются по меньшей мере в 10 раз чаще, чем

завершенные самоубийства

Предикторы завершеного самоубийства

Суицидальные попытки являются наиболее важным и, возможно, самым универсальным прогностическим фактором самоубийства из
140

глава 15 Нильс Реттерстоль, Ларе Мелум Суицидальные попытки как фактор риска самоубийства лечение и проспективное наблюдение

всех известных. Согласно исследованиям, около 10 % лиц, доставленных на стационарное психиатрическое лечение после суицидальной попытки, в конце концов совершают самоубийство. Кроме того, в зависимости от популяционных характеристик 10—50 % повторяют попытки. Среди лиц, предпринявших попытку, индикаторами повышенного суицидального риска или будущего самоубийства считаются следующие характеристики (2—5):

- мужской пол;
- возраст старше 45 лет;
- состояние сепарации, развода или вдовства;
- безработица или пенсия по старости;
- хроническое соматическое заболевание;
- тяжелое психическое расстройство;
- расстройство личности,
- злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами;
- использование жестокого метода суицидального действия;
- наличие суицидальной записки.

Аффективные нарушения (в частности, тяжелая депрессия), шизофрения, некоторые личностные и аддиктивные расстройства являются отчетливо определенными предикторами самоубийства. Выраженные тревожные расстройства (в частности, паническое) также могут обуславливать его высокий риск.

Как правило, опасность совершения самоубийства наиболее велика в течение первого года (и особенно первых трех месяцев) после суицидальной попытки (2—5). В это время пациент часто отличается эмоциональной лабильностью, стресс-уязвимостью и нуждается в адекватной защите и поддержке. Поддержка должна быть непрерывной на протяжении первого года после суицидального кризиса.

Несмотря на отчетливую опасность самоубийства, важно помнить, что 90 % лиц, совершающих суицидальные попытки, выживают. Согласно проспективным наблюдениям, многие пациенты рассматривают их как основную причину, заставившую обратиться за помощью или психиатрическим лечением (4). Таким образом, во многих случаях эти попытки следует рассматривать как позитивную возможность для пациента начать сотрудничество с клиницистами в решении проблем, которые в ином случае остались бы нераспознанными и недоступными для лечения.

141

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

Клинические проблемы

При работе с пациентом, совершившим суицидальную попытку, врачи сталкиваются с тремя основными проблемами:

- как защитить пациента от повторения суицидальных попыток и завершеного самоубийства или непоправимого повреждения;
- как уменьшить у него глубинное чувство безнадежности;
- как улучшить субъективное восприятие качества жизни у пациента.

Пациентам после суицидальной попытки часто требуется лечение в стационаре скорой помощи и наблюдение в отделении интенсивной медицинской помощи в течение следующих 1—3 дней. Психиатрическое освидетельствование со сбором адекватного анамнеза и оценкой суицидальных намерений и опасности самоубийства во время ранней фазы

лечения следует проводить как можно раньше и в любом случае перед выпиской пациента из стационара. Психиатрическая консультация должна обеспечить врача информацией, необходимой для сбалансированного лечения, она также может стать целенаправленной клинической интервенцией, воздействующей на критические проблемы пациента и его психологические потребности. С целью успешного лечения пациента в состоянии суицидального кризиса крайне важно сформировать терапевтические отношения. В это время пациенты получают медицинскую помощь в связи с самоповреждением (например, интоксикацией) и имеют возможность отдохнуть в атмосфере доброты и спокойствия, и большинство из них нуждаются в вербальном (словесном) выражении своих проблем и эмоций в присутствии психотерапевта. Некоторые из эмоциональных переживаний могут легко вызвать у психотерапевта реакцию контрпереноса (6) (пробудить его собственные подавленные чувства вследствие идентификации с переживаниями и проблемами пациента или проявления им любви или враждебности); в этих случаях необходимо проводить профессиональную оценку (супервизию) терапевтических отношений (см. также главу 17). Терапевту необходимо демонстрировать принятие пациента, но не его суицидального поведения, и обсудить стратегии решения проблем, которые не имеют непосредственного отношения к суициду. Изначально большинство больных переживают дезорганизацию и хаос эмоций, и им необходима помощь для лучшего понимания создавшейся ситуации и ее причин.

После оказания необходимой медицинской помощи некоторых пациентов можно выписать с рекомендацией амбулаторного наблюдения.

!42

Глава 15. Нильс Реттерстоль, Ларе Мелум Суицидальные попытки как фактор риска самоубийства: лечение и проспективное наблюдение

Если возможно, в процессе помощи важно участие семьи пациента для обеспечения его ресурсами защиты, мотивацией и эмоциональной поддержкой в ходе лечения, повышения его восприимчивости к терапии. Семью следует снабдить адекватной информацией (против которой не возражает пациент). Если жизни пациента угрожает опасность, может возникнуть необходимость нарушения конфиденциальности.

Стационарное лечение

На необходимость неотложной госпитализации пациента в психиатрический стационар указывает одна (или более) из следующих характеристик:

- совершение суицидальной попытки с высокой степенью решимости покончить с собой;
- сохраняющееся желание свести счеты с жизнью или наличие плана самоубийства;
- наличие симптомов серьезных психических расстройств, таких как тяжелая депрессия, психотическое состояние и расстройство, связанное со злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами;
- недостаточный контроль за побуждениями или слабость антисуицидальных факторов;
- недостаточность социальной поддержки;
- недавние серьезные социальные стрессы, утрата или эмоциональная травма.

Иногда пациент отказывается от стационарного лечения. В случае существования угрозы для его жизни часто необходима принудительная госпитализация.

После помещения пациента в психиатрическую клинику необходимо обеспечить создание новых терапевтических отношений, используя упомянутые выше меры. Следует немедленно провести новую клиническую оценку его состояния и в зависимости от результатов предпринять необходимые меры безопасности — поместить пациента в специальную палату

с безопасными окнами, изъять у него ремень, бритву и другие опасные предметы. Некоторым пациентам необходимо постоянное наблюдение, но в любом случае требуются частые очные осмотры. Меры контроля в некотором роде угрожают личной свободе пациента, и их следует осуществлять с должным тактом. Перед выпиской домой

143

IV Суицидальный риск и его оценка

или лечебным отпуском следует провести тщательную оценку состояния пациента и снабдить информацией его семью. Для ослабления мер контроля в долгосрочной перспективе пациент может подписать или в устной форме дать согласие на «антисуицидальный контракт >>», в котором он выражает стремление не наносить себе вреда в оговоренный период времени и сообщать персоналу об изменениях своих чувств или ситуации (7). С помощью эффективного применения антидепрессантов и антипсихотических средств (или их сочетания) можно в некоторой степени усилить контроль над импульсивными побуждениями пациента, ослабить выраженность симптомов болезни и снизить тенденцию к злоупотреблению психоактивными веществами. Если пациент с тяжелой депрессией не реагирует на антидепрессанты или ожидание наступления их терапевтического эффекта в течение нескольких недель является слишком рискованным, вероятно, уместно применение электросудорожной терапии.

Пожилые пациенты

Пожилые пациенты, доставленные после попытки суицида, часто страдают тяжелой депрессией, которая часто связана с социальной изоляцией или чувством беспомощности в силу снижения телесных и психических возможностей (8). Соматическое заболевание может способствовать развитию депрессии, а избыточное употребление лекарственных средств вызвать разнообразные побочные действия. Экзистенциальные проблемы следует разрешать с помощью психотерапевтов и социальных работников или посредством вмешательства семьи, а соматические проблемы подлежат выявлению и лечению. За короткий срок невозможно достичь радикальных перемен к лучшему в жизни пациента. Тем не менее, даже небольшое изменение снижает у него чувство безнадежности; при всех видах клинических интервенций у пожилых суицидентов едва заметные изменения являются важной целью.

Среди одиноких мужчин старше 80 лет уровень суицидов особенно высок. Социальная изоляция и смертность вследствие самоубийства особенно усиливаются после смерти супруги. Предшествующие суицидальные попытки у пожилых мужчин и женщин, особенно с применением агрессивных методов, обычно подразумевают гораздо более высокий риск последующего самоубийства по сравнению с молодым возрастом

144

[дава 15 Нильс Реттерсто>1ь, Ларе Мелум Суицидальные попытки как фактор риска самоубийства лечение и проспективное наблюдение

Подростки, предпринявшие суицидальную попытку

У подростков, совершивших суицидальную попытку, часто выступает основным клиническим проявлением депрессия. В процессе лечения следует предусмотреть участие родителей и других членов семьи, если нет особых причин его избегать (например, сексуального насилия, которому пациент подвергался со стороны одного из родителей). У молодых суицидентов частью клинической картины нередко являются расстройства личности (9). У некоторых из них развивается хроническое суицидальное поведение, которое очень трудно лечить. В этих случаях после ослабления кризиса следует начать специализированное психиатрическое лечение, например, с применением диалектической бихевиоральной терапии (10). Складывается впечатление, что молодые женщины с суицидальными чувствами обладают лучшими навыками

поиска помощи и более доступны для оценки состояния и лечения по сравнению со сверстниками-мужчинами. Последние часто отличаются враждебностью или другими проблемами аффективной регуляции, антисоциальным поведением и отрицанием депрессии, в силу чего являются менее доступными для клинических интервенций.

Амбулаторное лечение

Следует тщательно планировать выписку пациента из больницы и организацию программы адекватного амбулаторного лечения. В зависимости от клинических особенностей его состояния может возникнуть необходимость амбулаторного медикаментозного лечения, наркологической реабилитации, а также индивидуальной или семейной психотерапии. В некоторых случаях координацию различных лечебных воздействий осуществляет семейный врач. Многие пациенты сталкиваются с трудностями, связанными с поисками помощи или восприимчивостью к лечению. Это обстоятельство требует от терапевта гибкости в проведении реабилитации. В некоторых медицинских учреждениях существуют команды наблюдения за суицидентами, которые в течение нескольких недель после выписки в ходе домашних визитов оказывают им практическую помощь, направленную на решение проблем. Очень важной задачей является преемственность наблюдения, начинающегося на этапе неотложных мер, продолжающегося в ходе стационарного лечения и завершающегося различными формами амбулаторной помощи.

145

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

Исследования долговременной перспективы показали, что пациенты, получавшие лечение после суицидальной попытки, подвержены особо высокому риску самоубийства в течение первого года после выписки (2—5). Поэтому во многих случаях амбулаторное лечение на это время не следует прекращать. Его длительность должна определяться индивидуальными потребностями пациента и лечение должно отменяться постепенно. Подобные меры ведут к уменьшению частоты отказов от помощи и обнадеживающим результатам в отношении склонности пациента к повторению суицидальных попыток. Тем не менее, до сих пор недостаточно данных, которые позволили бы сравнить эффективность различных психосоциальных и медикаментозных программ лечения. Согласно систематическому обзору двадцати программ (11), к снижению числа повторных попыток саморазрушения привели следующие формы помощи:

- терапия, связанная с решением проблем,
- обеспечение возможностью обращения за неотложной помощью в качестве меры предосторожности в дополнение к стандартным формам лечения,
- попытки интенсивного амбулаторного лечения и выездные программы помощи нуждающимся,
- диалектическая бихевиоральная терапия,
- назначение флуентиксола-депо (флюанксола-депо)

Будем надеяться, что дальнейшие исследования позволят разработать рекомендации об оптимальных способах терапии для конкретного пациента и их сочетаниях.

История болезни

Женщина 25 лет с эмоциональными и экономическими проблемами собиралась замуж, однако в последний момент свадьба расстроилась. Смертельно разочарованная, она уехала за границу и нашла себе работу в доме престарелых. Вскоре у нее появились симптомы тревоги и бред преследования: ей казалось, что ее коллеги и хозяин квартиры, которую она снимала, хотят ей навредить. Несмотря на возраставший страх, что ее могут убить, она ни с кем не делилась переживаниями и не обращалась за помощью. Наконец, она решила вернуться домой и сев в поезд, внезапно почувствовала,

что он наполнен преследователями В панике она выпрыгнула из окна вагона и получи та серьезные повреждения и переломы Ре

146

пава /5 Ни1ьс Реттерстоль Ларе Мелуи Суицидальные попытки как фактор риска самоубийства лечение и проспективное наблюдение госпитализировали и после хирургического лечения перевели в психиатрическую палату

После месяца лечения нейролептиками и поддерживающей психотерапии ее выписали и включили в программу систематического на-баюдения Вскоре она оказалась в состоянии искать новую работу Лечение под надзором персонала психиатрического амбулаторного отделения и в тесном сотрудничестве с участковым врачом и медсестрой продолжалось два года

В настоящее время, 25 лет спустя, она живет одна и работает ассистенткой медсестры У нее сохраняются ограниченные, но поддерживающие социальные связи в местном сообществе Она не замужем, не имеет детей, но участвует в работе двух местных женских клубов За истекшее время психотических эпизодов и суицидальных попыток у нее не отмечалось Складывается впечатление, что в этом случае суицидальная попытка стала пусковым механизмом для начала лечения серьезного психотического расстройства, а систематическое наблюдение, видимо, способствовало благоприятному течению и исходу болезни, а также предотвращению повторных суицидальных попыток

Библиография

1 5>сИт1с11ке А Вше-ВгакеИ Эебео й е! а/ Апетр1её 5ШС1с!е т Еигоре га1ез,

(гепйз апс! 5осюйето\$гарЫ1с спагас1епз11сз оГ чшс!с1е а11етр1егз с1ипп\$ 1пе репой 1989- 92 КезиНь огЧье \УН0/Е1Ж0 Ми1псеп1ге 51шгу оп Рагазшайе АсШ Рзускш1г Зсапй 1996, 93 327- 338

2 Оак1\$геп КС А«етр1ес1 зшаде 35 уеагз айегъгагйв 3шс1с1е /л/<? Ткгеа! Векау 1977, 7 75-79

3 ЕкеЪег%0 ЕНт%\$еп0 ЗасоЪзепй 3шыЕ агк) оШегсаиъез оСйеаЛ т айуе-уеаг Го11ош-ир репоё оГ райегиз 1геа(ес1 Гог \$е1Г-ро1\$ошп\$ т О81о Ас1а Р^скгаи Зсапс/ 1991 83 432 437

4 Ке11егь,1е1 N Боп\$-1егт рго\$по51ь айег аИетр(ес1 зи1С1с1е Тьотаз, 1970

5 Наяюп К Разз ^ 5шс1с1е апй оГЪег саизез оГ с!еа!п Го11о^1П\$ а(1етр1ео! 5шс1с1е 5; 3 РчускшП) 1988 152 359 366

6 МаН\$Бе1%е1 3 Т Вше й Н СоиШеПгапъ^егепсе Ба(е т 1Бе 1геа!теп1 рапетз Агск Сеп Рпс/иап-у 1974 30 625 633

7 \$1ап(о1с1 ЬУ Сое): Як В1оот У О Тье по Багт соп1гасг т етег^епсу азеззтет оГ5и1С1с1а1 пхк У С1т Р\скшп\ 1994 55 344 348

8 О\\$/>оос/ N У Тк1е1тап 5 Сепаспс 5шас1а1 БеБауог азеззтеп! апс! 1геа(теп1 1п В1итетка1 5 У Кир)ег О У (ейз) Зи1С1с1е оуег (Не Ме сус1е пзк Гас1огз

147

Раздел IV. Суицидальный риск и его оцеекл

азеззтегп, апс1 Ргезз; 1990; 341-379.

Ы раиеп[\$.

п: Атеспап РзусЫаШс

9. МеМит I., Ргпз 8.. Уа\$1ит Р., КаПепн! 8. Тье 1оп\$1(ш1ша1 раПегп оГ 5и1С1(1а1 БеНаУюиг 1п БогйегПпе регзонаПгу сИяогс1ег: а ргозресПуге Го11о\у-ир 51ис1у. Асш РзусШгг. 8сапс1. 1994; 90: 124- 130.

10. ЦпейАп М.М., АгтИгоп\$ Н.Е., 8иаге: А., е1 а/. Со{т1!1Уе - БеБауога1 1геа!теп1 Гог сьготсаПу рагави1С1с1а1 Борс1егПпе раПепГз. АгсИ. Сен. РзусМаЧу. 1991; 48:1060 — 1064.

11. НакЮп К., Агепзтап Е., Топззепс! Е., е! а/. ОепЪегате \$е1ГЪагт: 5у5[ета!

1с геУ1е\у оГеГЯсасу оГр5усБозос1а1 апс! рНагтасо1оё1са1 (геаГтепГя 1п ргеуепПп§ гереМюп. ВМ1 1998; 317:441-447.

148

16

Оценка суицидального риска

Данута Вассерман

Систематическая клиническая оценка суицидального риска

Оценка суицидального риска является самым сложным видом оценки состояния пациента в психиатрической практике, поскольку в этом случае речь идёт о жизни и смерти человека, что вызывает у врачей страх. Врачам не следует — да это и невозможно — брать на себя ответственность за жизнь пациента с суицидальными тенденциями; однако, с другой стороны, им необходимо оптимальным образом применять на практике свои знания для предотвращения угрозы самоубийства.

Многие суициденты подобно другим пациентам с психическими расстройствами всеми силами оттягивают консультацию у психиатра. Нередко они обращаются к врачу только после многократных усилий членов семьи, друзей и коллег. Поэтому подобному пациенту очень важно уделить достаточно времени и внимания. Оценка риска суицида затрагивает самые серьезные проблемы пациента, включая размышления о жизни и смерти. Она состоит в определении причин суицидального поведения и связанных с саморазрушением планов на будущее, а также в заключении, что суициденты предприняли для решения своих проблем, и какой помощи ждут (1).

Оценку суицидального риска следует проводить на нескольких уровнях, включающих личность пациента, его семейные и социальные отношения, возможности лечения и реабилитации, а также ресурсы превенции самоубийств по месту проживания. В оценку риска входит выявление факторов, способствующих или препятствующих развитию суицидального процесса, таких как:

— суицидальное намерение;

149

Раздел IV. Суицидальный риск и его оценка

— психические расстройства и суицидальное поведение в про-шлом;
— самоубийства в семье или среди знакомых (наличие модели суицида);
— словесные и невербальные признаки суицидальной угрозы. Кроме того, важной является оценка особенностей семьи, друзей и межличностных связей. Например, если в жизни человека отсутствуют какие-либо негативные события и он опирается на поддержку семьи, то, возможно, риск суицида не является обязательным.

В дополнение к клинической беседе можно использовать инструменты, описанные в главе 18, которые представляют собой избранные шкалы для оценки суицидального риска. Для пациента вопросы, задаваемые врачом, должны звучать естественно (см. также главу 17).

Суицидальный процесс

Риск суицида является феноменом, для которого характерно постепенное нарастание (крецендо). Движение от спорадических мыслей о смерти к более частым суицидальным желанием или от размытых планов самоубийства к схемам, включающим детальный выбор его метода и места в ближайшем будущем, свидетельствует, что в суицидальном процессе существует шкала нарастания риска самоубийства. Его разработанный план или попытки, совершенные недавно, с высокой степенью преднамеренности и тревоги, а также с применением действенных методов, указывают на высокий риск. Люди, у которых легко возникает чувство безнадежности, отмечают суицидальные мысли и попытки в прошлом, или имеющие среди членов семьи или знакомых «модельное» самоубийство, составляют явную группу долгосрочного суицидального риска (3) (см. главу 2).

В некоторых случаях описанный «феномен нарастания» может повторяться на протяжении жизни суицидента (циклическое течение); например, попытка, предпринятая в возрасте 15—16 лет, может повториться в 24—30 лет или позднее.

При оценке риска суицида необходимо исследовать ответы на следующие вопросы: Что означает жизнь для этого человека? В чем ее привлекательность для него/нее? Что может произойти с ним через 24 часа или месяц? Если он/она неизменно видит лишь тёмные стороны жизни, не имеет планов на будущее или источников поддержки — семьи, друзей или работы, — то риск суицида является высоким.

150

Глава 16. Данута Вассерман. Оценка суицидального риска

Суицидальные послания

Степень присутствия суицидальной тематики в общении с пациентом может быть разной: отсутствие даже намёка на суицидальные тенденции или случайное сообщение о суицидальном намерении в какой-либо неприятной ситуации (иногда под влиянием алкоголя) указывает на низкий риск суицида или его отсутствие; заявления о суицидальных намерениях, сделанные со смесью серьёзности и отрицания, которые заметно тревожат окружающих, являются индикатором среднего риска суицида. Повторные, отчетливые словесные сообщения о серьёзных суицидальных мыслях и планах самоубийства без влияния алкоголя или актуальной конфликтной ситуации указывают на высокий риск суицида.

Межличностные взаимоотношения

Суицидальный риск является низким, если у пациента неплохо складываются отношения с родственниками или друзьями, которые в случае необходимости готовы оказать помощь. Подобные взаимоотношения означают, что перспектива проработки проблем, провоцирующих суицидальную ситуацию, благоприятна. С другой стороны, риск самоубийства возрастает, если отношения пациента характеризуются двусмысленностью, амбивалентностью и агрессивностью, и близкие или друзья давно расстались с надеждой наладить с ним совместное проживание и продуктивное общение. В этой ситуации важно оценить, может ли семья или ближайшие друзья стать поддержкой для суицидента во время лечения, или они сами нуждаются в лечении и помощи.

Иногда возникают сложности с оценкой риска — в случае частых разводов и примирений с одним и тем же партнёром, или если отношения характеризуются взлётами и падениями и сопровождаются нарастанием социальных проблем. Если в подобной ситуации происходит окончательный разрыв отношений, то риск самоубийства становится высоким.

Психосоциальная ситуация

Мужчины, пожилые, одинокие и безработные (см. также главу 12), лица, злоупотребляющие алкоголем, страдающие психическим заболеванием или расстройством личности, а также пережившие неблагоприятные события в жизни подвержены высокому суицидальному риску,

151

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

если они уже имеют подготовленный план самоубийства или ранее предпринимали попытку.

Психические заболевания и расстройства личности

Возобновившиеся приступы депрессии, маниакально-депрессивного психоза или других психотических состояний в контексте негативных событий жизни и обращения суицидальной личности к алкоголю могут легко переместить ее из группы с незначительным или средним риском в группу с очень высоким риском суицида (4, 5). Если подобная трансформация происходит, необходимо срочное вмешательство со стороны семьи и служб охраны здоровья.

Если пациент оказывает сопротивление лечению, то даже очень опытный медицинский персонал, к сожалению, может не настаивать на принудительном лечении или госпитализации в силу чрезмерного страха вторжения в целостность пациента.

Пациенты, которые в состоянии справляться с жизненной ситуацией без чрезмерного стресса и напряжения и которые лечатся от основного заболевания в условиях поддержки семьи и друзей, необязательно имеют высокий риск, хотя более или менее выраженные суицидальные мысли могут присутствовать постоянно. Для этих пациентов, особенно отличающихся чертами дистимии и затяжной хронической депрессией, суицидальное мышление является одним из путей отношения к жизни.

Суицидальный риск у пациентов с дистимией или органическим поражением мозга иногда трудно оценить в силу хронического характера суицидального процесса. Кроме того, оценка является сложной у инфантильных, импульсивных или агрессивных юношей со склонностью к реализации своих фантазий (6).

Психические заболевания и типы личности, которые вносят вклад в суицидальный риск в условиях неблагоприятных социальных ситуаций, внезапных утрат и нарциссических гравм, подробно описаны в главах 4—10 и 13.

Злоупотребления веществами

Злоупотребление алкоголем или наркотиками в сочетании с другими психическими заболеваниями, риском социальной дезадаптации, внезапных утрат или нарциссических травм подразумевает наличие

152

Глава 16. Данута Вассерман. Оценка суицидального риска высокого риска (см. главу 5). Он часто снижается при немедленной госпитализации, одновременной реабилитации и лечении как психического заболевания, так и злоупотребления психоактивными веществами.

Соматические заболевания

Соматические заболевания и ситуации, ставящие людей в зону риска суицида, описаны в главе 11. Этот риск может быть высоким у лиц, страдающих инвалидизирующей, мучительной или смертельной болезнью при одновременном развитии депрессии или наличии опыта внезапных потерь или нарциссических травм, особенно при отсутствии адекватной поддержки семьи, избавления от боли или надлежащего ухода. Заболевания органов, имеющих символическое значение для пациентов, например, груди у женщины или гениталий у обоих полов, также могут внести вклад в повышенный риск самоубийства, особенно в сочетании с другими факторами.

Оценка риска после попытки самоубийства

В состоянии регрессии (после попытки самоубийства) у суицидента наблюдается ослабление механизмов психологической защиты. Очнувшись, пациенты обычно переживают глубочайшее отчаяние и стыд, но одновременно испытывают огромное облегчение, что живы, и хотят помощи. Таким образом, в этот момент очень легко исследовать их аффективное состояние и проблемы. Однако в течение нескольких последующих часов пациенты могут вновь «замкнуться» и отрицать необходимость помощи. Поэтому важно предпринять попытку оценки суицидального риска в пределах «терапевтического окна возможностей», пока пациент глубоко не регрессировал, не потерял вновь контакта со своим отчаянием, не отдалился от необходимости профессиональной помощи и не утратил мотивации к лечению (7).

Немало людей повторяют суицидальные попытки или совершают самоубийство вскоре после выписки из больницы. Отчасти это явление возникает в силу недостаточной эффективности лечения, что, в свою очередь, обусловлено недостатком времени для оценки суицидального риска (8, 9).

Важно не только снабдить пациента данными о лице, которое будет осуществлять дальнейшее наблюдение, и назначить ему срок явки — врач стационара должен убедиться, что встреча с пациентом состоялась.

153

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

Оценка риска суицида перед временной выпиской

Соблюдение адекватного баланса между слишком длительным пребыванием суицидента в стационаре и его чрезмерно ранней выпиской является непростым делом. Временная выписка — на один день или на выходные — может стать неплохой проверкой способности пациента справляться с реальностью. Перед каждой подобной выпиской врачу следует поговорить с родственниками суицидента для оценки факторов поддержки в окружении или серьезности проблем, которые могут повлечь риск суицида (3).

Оценка цели выписки — временной или окончательной — является задачей первостепенной важности, поскольку рядом исследований в различных странах установлено, что после выписки из психиатрической больницы некоторые пациенты недолго остаются в живых (см. также главу 15).

Психиатрическое наблюдение в прошлом и отношение пациента

Суицидальный риск является высоким, если в прошлом пациент поступал на стационарное психиатрическое лечение в связи с психическим заболеванием или суицидальной попыткой и обнаруживает амбивалентное или враждебное отношение к службам психического здоровья. Аналогичная закономерность касается пациентов, отказавшихся от лечения или прервавших его, а также не осознавших цели лечения. Кроме того, риск усиливается во время обострения рецидивирующего заболевания вследствие психологического дистресса или критических перемен в жизни пациента, переживаний всеохватывающего непонимания и паранойяльных идей преследования.

Суицидальный риск сложно оценить у пациента с быстрыми колебаниями между позитивным, возможно, льстивым отношением к персоналу и негативизмом в виде открытой враждебности и отказа от помощи. Отсутствие взаимного доверия между пациентом и персоналом, оказывавшим психиатрическую помощь в прошлом, а также резкие колебания этого отношения (от позитивного до негативного) в настоящем указывают на повышенный риск суицида. С другой стороны, если пациент должным образом оценивал оказанную ранее помощь, доверял персоналу, осуществлявшему лечение, и в нынешней ситуации обнаруживает аналогичное отношение, то суицидальный риск является низким.

154

Глава 16 Данута Вассерман Оценка суицидального риска

Уважение желаний суицидента

Немногие люди совершают самоубийство после зрелого и взвешенного решения. Большинство находятся в состоянии отчетливого психического расстройства или психологического кризиса, и настолько регрессируют в своём внутреннем мире с его суженными когнитивными возможностями («туннельным сознанием»), что не способны отвечать за себя, когда их захлестывают суицидальные мысли, и на передний план выходят планы самоубийства. Поэтому важно не только подчёркивать ответственность пациента за свою жизнь, но и быть готовыми принять ответственность за организацию мер поддержки (а иногда использовать ограничения, включающие принудительное лечение в стационаре).

Врачу необходимо чувствовать ответственность за своих пациентов и проявлять искренность к ним и их семьям. Кроме того, ему как профессионалу важно помнить, что по своей природе желание покончить с собой часто является амбивалентным, и в большинстве случаев исчезает при разрешении проблем и адекватном лечении психического заболевания.

Осознание профессиональной ответственности

Для должной оценки суицидального риска врачам жизненно важно осознавать собственные психические функции и глубину своих суицидальных фантазий, страха смерти, беспомощности и брошенности (10). Это осознание поможет не только убедить пациента в ценности жизни, но и понять его аргументы о причинах выбора добровольного ухода из жизни. При оценке риска суицида пациенту необходимо предоставить возможность описания его проблем и обсудить их отношение к темам жизни, смерти и самоубийства, не давая почувствовать вины или стыда. Пациент не должен ощущать, что в беседах с врачом, оценивающим риск, эти темы являются запретными. Открытость врача часто уменьшает напряжение пациента и может снизить риск суицида.

Уменьшение и проверка суицидального риска

При оценке риска самоубийства врач должен быть готов к осуществлению шагов по его немедленному уменьшению (11). Зачастую они состоят в применении мер психиатрического, психологического и психосоциального характера, включая (в некоторых случаях) незамедлительную госпитализацию.

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

Очень важно помнить, что риск суицида постоянно меняется. Сегодня ситуация будет отличаться от вчерашней, а завтра будет не похожа на сегодняшнюю. Поэтому жизненно важно вести мониторинг (ежедневное наблюдение) пациентов и их семей для получения возможности своевременной клинической оценки нового развития суицидального процесса. В этом смысле могут оказаться полезными различные шкалы (см главу 18), особенно предназначенные для оценки самим пациентом — они могут вызвать у него интерес и внести элемент активности в процесс лечения. Пациент получает возможность наблюдать за конкретным результатом, например, следить за изменением суммы баллов, и таким образом чувствовать, что держит судьбу в своих руках. Эти шкалы могут быть полезными для пациентов с плохими коммуникативными способностями или тех, кто неохотно доверяет врачу или медицинскому персоналу.

После завершения оценки суицидального риска

Заключением оценки суицидального риска является заключение о его низком, высоком уровне или затруднительности определения. Во время заключительной беседы врачу следует поинтересоваться, есть ли у пациента вопросы, на которые он не получил должных ответов, и каковы возможности продолжения контактов врача с семьей.

После завершения оценки суицидального риска важно предпринять активные шаги по определению пациента в благоприятные условия для оказания дальнейшей целенаправленной помощи. После получения согласия пациента следует информировать родственников о процедуре оказания помощи и ответственных лицах, с которыми они могут связаться при необходимости. Кроме того, их следует оповестить о том, кому они могут сообщить об отказе пациента от лечения.

Библиография

1. Ахмедов А. А. Суицидальный риск. М.: Медицина, 1995. 49 (5) 561-568.

2. Гатс Г. Оценка суицидального риска. В: Гатс Г. Оценка суицидального риска. М.: Медицина, 1990. 147-1189-1194.

3. Воин П. Оценка суицидального риска. В: Гатс Г. Оценка суицидального риска. М.: Медицина, 1997. 129-143.

4. Нишан К. С. Риск суицида. В: Нишан К. С. Риск суицида. М.: Медицина, 1999. 40-18-27.

Б6

Новая 16 Данута Вассерман. Оценка суицидального риска

5 Напюп К А^еътеШ оГъшаск пьк В/ ^ Рчус/иаОу 1987 150 145 153
 6 Рейыет К Р1ип1ик К\ю1епсе апс! зшс1с1е пзк азчезтсп! т Ле рзусптпчс
 етег^епсу гоот Сотр\ Рьлскшил 1990 31 337 343
 7]Уо1к Ц/ач\еппапО Тье 1п(еп51Уе саге ит1 апс! (Не 5шск1е
 а((стр(ра1еп(Ас1а Рчусьшп <>сам/ 1985 71 581 595
 8 Зоппеск С 5/офеп С Соп(пьи1оп (о чтскЛс пьк аззезчтеп! П он 1ьс
 р1аспсе
 оГчи1С1с1е пьк аьеззтеп! Спчи 1990) 1 34 36
 9 Т/ес1§с1 ^ 5шск1е пзк аьеззтеп! апс) (Не изе оГ раПеп! сопГгасГь М// ■>
 Типе*
 1999 95 50 51
 10 ТабасНшк N СоиШегГапзГегепсе епчеч ш 5и1С!с)а1 а(((.тр(<> А/ с Л
 Сеп РцсНшП\ 1961 4 64 70
 11 Мот&чК Сачкь ВшШзбу Ь е! а! Теасьтц 1гоп1-1|пе ЬеаНь апс1
 УокиНагу адогкегч ю аьезз апс! тапае зи1С1с!а1 раГ1еп(ч 3 4))ес1 Опои/
 1999 52 77 83
 157
 17

Взаимоотношения суицидента и врача

Данута Вассерман Введение

Взаимоотношения, которые развиваются между пациентом и врачом в ходе оценки суицидального риска, оказывают решающее влияние на ее качество. При любых межличностных отношениях между участниками возникает процесс, известный как «перенос». Его развитие предполагает актуализацию прежнего опыта, воспоминаний, бессознательных желаний, свойственных участникам моделей отношений и конфликтов. Обычно конфликты и способы взаимодействия с другими людьми являются бессознательными или частично осознаваемыми. В соответствии с психоаналитической терминологией способ реагирования пациента называется «переносом», а ответные реакции врача — «контрпереносом» (1).

Перенос суицидента

Многие подобные пациенты усложняют свои межличностные отношения, в этом смысле врач не является исключением, в нем могут видеть как спасителя, так и врага. Пациент может ожидать не только любви и принятия, но и пренебрежения. В ситуации оценки риска он может предполагать оказание немедленной помощи или думать, что на нее нечего рассчитывать. Ожидания суицидента могут выражаться различными способами. Многие пациенты не ищут помощи и не налаживают должного контакта с врачом. В ситуации оценки риска некоторые из них могут демонстрировать негативные установки и враждебное, вызывающе молчаливое и отвергающее отношение к врачу. Другие могут вести себя провоцирующим образом и держаться «высока». Эти реакции могут возникать

158

Глава 17. Данута Вассерман Взаимоотношения суицидента и врача

из-за того, что в памяти пациента оживают прошлые переживания отвержения и неодобрительного отношения, воспоминания о нарциссической травме, унижениях и отчуждении среди близких. В этом случае бросить или отвергнуть других первым кажется более предпочтительным, чем переживать покинутость.

Некоторым пациентам с суицидальными тенденциями может быть абсолютно безразлично — жить или умереть. В то же время другие имеют преувеличенные ожидания, что врач в состоянии «всё исправить», и поэтому легко впадают в разочарование (2).

Взаимодействия между амбивалентностью врача и суицидента

Суицидальные пациенты в высшей степени амбивалентны. Они колеблются между желаниями умереть и жить, отчаянием и надеждой. Иногда в процессе

краткой оценки риска можно выявить только положительные черты амбивалентности и упустить ее негативную сторону. Отмечается взаимодействие амбивалентности суицидента и врача, осуществляющего оценку риска. Оно проявляется в том, что врач воспринимает исключительно сильные стороны пациента и отсутствие необходимости в помощи; или только его слабость — в последнем случае возникает угроза чрезмерного контроля за его поведением. Иногда итогом амбивалентного отношения врача может стать недооценка или полное упущение риска суицида из-за бессознательного сговора между пациентом, не желающим показать свою уязвимость, и врачом, который не хочет признать его суицидальность (3, 4).

Пациенты могут скрывать свои нужды

В безопасной и благоприятной обстановке оценки риска суицидальные пациенты могут временно успокоиться и перестать проявлять отчаяние или беседовать о глубинных суицидальных мыслях и планах; тем не менее, они не исчезают вовсе. Их блокирует чувство стыда или преходящее ощущение благоприятного исхода.

Многие суициденты не склонны демонстрировать уязвимость, и пытаются справиться со своим состоянием без посторонней помощи, скрывая чувства неуверенности и унижения. Нередко подобная установка складывается в детстве. Подобно дегям, эти пациенты очень часто хотят справиться с ситуацией самостоятельно, несмотря на отсутствие возможностей.

159

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

В безнадежных ситуациях они могут подавлять свою суицидальность, несмотря на серьезные мысли о самоубийстве и острую необходимость в помощи. Следовательно, пока врачом не заданы соответствующие вопросы, направленные на исследование, невозможно определить суицидальность, а заодно приобрести склонность и опыт ее распознавания (3, 4).

Контрперенос врача

Перенос пациента и его проекции неизбежно влияют на поведение врача. Как и всем людям, врачам свойственны различные личностные черты, характер и психологические конфликты. Они оценивают риск суицида и необходимость госпитализации, ухода и лечения не только в соответствии с профессиональными знаниями, но и согласно своим индивидуальным свойствам и ценностям, а также отношению к темам жизни, смерти и суицидальности.

Многие люди, работающие в службах здравоохранения, выбирают этот род занятий в силу страха смерти, зависимости и безнадежности. Аутодеструктивное поведение суицидентов находится в противоречии с инстинктом самосохранения и желанием излечения и облегчения боли, которые столь развиты у большей части медицинского персонала. Отчасти в силу этого противоречия врачи в словесной или невербальной форме, сознательно или неосознанно, могут выражать неодобрение пациенту, совершившему попытку самоубийства или имеющему суицидальные планы.

При оценке суицидального риска большая часть врачей в состоянии проявлять эмпатию и интерес, а также налаживать очный контакт с суицидентом. Однако существуют чрезмерно напуганные врачи, которые видят угрозу самоубийства во всем. Они просто преследуют пациента вопросами о суицидальных мыслях и попытках самоубийства и вместо поощрения уверенности и мотивации к лечению они только и делают, что пугают его.

В подходе к проблеме одни врачи могут проявлять безразличие, безучастие, рассеянность и пассивность. Другие начинают испытывать преувеличенное чувство беспомощности и думать, что они не в состоянии что-либо предпринять. Нередко врачи с предрасположенностью к депрессии, заняв подобную позицию, сталкиваются с собственными суицидальными тенденциями. Другие начинают чувствовать сомнения относительно своей

профессиональной роли и, если возникает угроза

160

Гшва /7 Данута Вассерман Взаимоотношения суицидента и врача
архивистической травмы, приходят к выводу, что плохо справляются с
работой.

Иногда у врача возникает сильное желание избавиться от пациента, работу с которым он воспринимает как провоцирующую и разрушительную. В некоторых случаях врачи проявляют уклоняющееся и негативное отношение, чем отвергают пациента. Подобные установки свидетельствуют о неразрешенных, скрытых агрессивных конфликтах врача (1,6).

Роль врача глазами пациента

Роль, которую пациент отводит врачу или психотерапевту, и его реакция на подобные отношения являются не только отражением былых конфликтов или моделей пациента. Эти реакции зависят и от актуального эмоционального отношения врача, которое может предопределять особенности переноса у пациента.

Внутрипсихические конфликты врача влияют на чувства к суицидальному пациенту и могут препятствовать адекватной оценке суицидального риска. Осознание своих «слепых пятен» предотвращает появление ложных интерпретаций. Врачи и психотерапевты, хорошо знающие свои психологические проблемы (после опыта участия в тренингах, регулярной супервизии и работы в группе), способны к активному использованию своих личных качеств в процессе оценки риска и лечения — например, к одновременной проработке собственных переживаний и эмоций пациента.

Сложности оценки суицидального риска

Сложности оценки риска суицида обусловлены тем, что суициденты полны противоречий (7). Они часто непоследовательны и непредсказуемы: их мысли скачут то вперед, то назад — от одних предметов обсуждения, чувств и доводов к другим.

Отрицание реальности и амбивалентность суицидальных пациентов может относиться не только к вопросам жизни и смерти, но и к формам лечения, что серьезно затрудняет процесс оценки риска. Сходную роль выполняют агрессивные и манипулятивные реакции, характерные для этих пациентов. Терапевту попеременно приходится сталкиваться с идеализацией и унижением, различными провокациями и проверками, за которыми очень тяжело рассмотреть сильную тревогу, одолевающую

161

Paidel IV Суицидальный риск и его оценка

человека и ощутить ту массу усилий, которые он вынужден тратить чтобы закрыть себе глаза на проблему

При оценке риска следует осознавать характеристики суицидальных пациентов — ранимость, повышенную обидчивость, чувства стыда и вины эмоциональную неустойчивость и тенденцию к негативизму при малейшем подозрении, что они кому-то безразличны. Врачам следует совершенствовать свои навыки эмпатии, создания доверия и дружеских отношений, которые весьма способствуют осуществлению оценки риска суицида

Использование в диалоге дружелюбных словесных оборотов помогает суициденту в вербализации ощущений и переживаний, которые ему сложно связать между собой и выразить словами. Подобная тактика является основой межличностного общения и лучшим способом помощи в интеграции беспорядочных мыслей и эмоций. Кроме того, в ходе оценки суицидального риска важно определить потребность, которая подверглась фрустрации — неудовлетворенные желания, актуализирующие суицидальные мысли и планы

Библиография

1 Wolk Wasseiman D Some problems connected with the treatment of suicide attempt patients transference and countertransference aspects Cnsu 1987 8 69

2 Wolk Wasseiman D The intensive care unit and the suicide attempt patient Ada Psyduati Scand 1985 71 581 595

3 Wolk Wassetman D Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions befoie the suicide attempt Ada Psychiatr Scan 1987 75 358-372

4 Wolk WasseimanD Contacts of suicidal alcohol and drug abuse patients and the significant others with public care institutions before their suicide attempt Ada Psychiati Scan 1987 76 394 405

5 Hensehi H Narzisstische Krisen zur Psvchodynamik des Selbstmords [Narcissistic Crises On the Psychodynamics of Suicide] Himburg RowhoH Taschenbuch Veilag 1974

6 Maltsbeigei J Г Вше D H Countertransference hate in the tieatment of suicidal patients Aith Gin Psychiatry 1974 30 625 633

7 Mans R Be/man A Maltsbeigei J Yufit R Assessment ind prediction of suicide London Guilford Press 1992

162

18

Психометрические шкалы оценки

суицидального риска

Пер Бек, Лиз Раабек Ольсен, Андерс Нимеус

Измерение суицидального поведения

Суицидальное поведение можно считать симптомом депрессии, подобно другим ее признакам (суицидальным мыслям), либо следствием недостаточной способности преодоления острого или хронического стресса (связанного с проблемами соматического здоровья, социальной изоляции, работы и семьи или злоупотребления алкоголем)

Психометрическая шкала для повседневного клинического использования должна быть краткой и простой — включать не более 10 утверждений, имеющих высокую степень валидности, т е адекватного отражения области исследуемого измерения (в частности, суицидального риска)

Обычно итоговым показателем является общая сумма баллов (т е более высокий показатель означает больший риск суицида) Надежность психометрической шкалы зависит от способа ее предъявления, те способов применения в клинической практике Шкалы, используемые в ходе беседы с врачом и подлежащие его оценке, следует проверить на внутритестовую надежность, а опросники заполняемые самостоятельно, — на индивидуальную достоверность путем расчета коэффициентов повторного тестирования

Шкалы суицидального риска

Среди подвергнутых оценке Берком и др кратких шкал, предназначенных для прогнозирования суицида (1), наиболее приемлемые психометрические параметры выявлены у Шкалы риска повторных суици-

163

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

дальных действий (2) и Шкалы оценки риска после суицидальной по попытки (3).

Таблица 18. Шкала риска повторных суицидальных действий

№	Параметр	Баллы
1	Дистресс, который переживают окружающие	(0—1)
2	Проблемы с употреблением алкоголя	(0—1)
3	Стационарное психиатрическое лечение в прошлом	(0—1)
3	Амбулаторное психиатрическое лечение в прошлом	(0-1)
4	Предшествующие суицидальные попытки с последующей	(0—1)

	госпитализацией	
5	Раздельное проживание с родственниками	(0—1)
6	Общее число баллов	(0 — 6)

Подсчет. 0 - признак отсутствует, 1 - признак присутствует. Чем выше общее число баллов, тем сильнее риск. Модификация шкалы Бугласа и Хортон

Таблица 18.. Шкала оценки риска после суицидальной попытки

М° параметра	Параметр	Оценка в баллах	Баллы
1 Возраст	До 44 лет 45 лет и старше	0.1 5.0	
2 Пол	Мужской Женский	6.5 5.0	
3 Социальный статус	Высший класс Низший класс	6.6 5.0	
4 Занятость	Трудоустроен На пенсии Другое	2.7 2.4 5.0	
5 Условия проживания	В одиночестве Совместно	5.8 5.0	
6 Сигналы, предостерегающие о суициде в течение последнего года	Да Нет	7.5 5.0	

Паллис и др (модификация)

164

Глава 18. Пер Бек, Лиз Раабек Ольсен, Андерс Нимеус. Психометрические шкалы оценки суицидального риска

В таблице 18.1 представлена Шкала риска повторных суицидальных действий, которая в значительной мере основана на наличии признаков психических заболеваний. Таблица 18.2 содержит Шкалу оценки риска после попытки, в которой внимание уделено предшествующим суицидаль-ным попыткам. Ее рекомендуется использовать совместно с первой частью Шкалы суицидальных намерений, разработанной Беком и др. (3, 4).

Другой шкалой для измерения суицидального риска является контрольный перечень параметров, разработанный Паттерсон и др.; название ее в переводе звучит как «грустные люди» (англ. — SAD PERSONS — по первым буквам определяемых параметров).

Таблица 18.3 Шкала для оценки риска суицида «SAD PERSONS»

Акроним и определяемый параметр (при наличии ставится 1 балл)	Баллы
Sex — Пол (мужской)	(0—1)
Age — Возраст (моложе 20 и старше 45 лет)	(0—1)
Depressive mood — Депрессивное настроение	(0—1)
Previous attempt — Предшествующая суицидальная попытка	(0—1)
Etanol abuse — Злоупотребление	(0—1)

алкоголем	
Rational thinking loss... — Утрата способности к рациональному мышлению (например, органический мозговой синдром, аффективные расстройства, шизофрения)	(0—1)
Social support lacking — Недостаток социальной поддержки	(0—1)
Organized plan for suicide... — Наличие детального плана суицида	(0—1)
No spouse... — Отсутствие супруга или проживание в одиночестве	(0—1)
Sickness... — Болезнь, плохое соматическое здоровье	(0—1)
Общее число баллов	(0— 10)

В стационаре скорой помощи при оценке состояния пациента следует руководствоваться следующими рекомендациями, исходя из общего числа баллов: 0 — 2 — можно отпустить домой с последующим наблюдением: 3 — 4 - - необходимо систематическое наблюдение: 5 — 6 - серьезное основание для госпитализации; 7 - 10 - безоговорочная госпитализация

165

Л

Раздел IV Суицидальный риск и его оценка

Эта шкала не является в строгом смысле психометрической, однако при оценке необходимости госпитализации в связи с риском суицида ее модифицированная версия имеет чувствительность 94 % и специфич. ность, равную 74 %.

Суицидальные мысли и побуждения Шкала суицидального мышления

Шкала суицидального мышления разработана Беком и др. (6) для измерения степени выраженности суицидальных мыслей. Основанная на сведениях, получаемых в ходе клинической беседы, шкала состоит из 19 пунктов, каждый из которых можно оценить от 0 до 2 баллов; таким образом, общая сумма баллов составляет от 0 до 38. Большее число баллов означает степень выраженности суицидальных мыслей. Оригинальная версия охватывает все их известные варианты. Шкала имеет адекватную достоверность и высокую валидность с альфа-коэффициентом, равным 0,89. Однако его значение показывает, что некоторые пункты являются лишними.

Валидность при оценке динамики суицидальных мыслей с течением времени (соответствие психометрической шкале) также является приемлемой. Шкала суицидального мышления хорошо коррелирует со шкалой оценки симптомов (Шкала депрессии Бека) и симптомами безнадежности (Шкала безнадежности Бека) (7).

Факторный анализ Шкалы суицидального мышления выявил три фактора, которые являются непосредственными индикаторами для измерения риска суицида: активные суицидальные мысли, подготовка к суицидальным действиям и пассивные суицидальные мысли.

В завершении можно сказать, что Шкала суицидального мышления измеряет интенсивность суицидальных мыслей аналогично оценочным шкалам, которые используются для измерения симптомов депрессии. В таблице 18.4 представлены суицидальные параметры Шкалы оценки депрессии Гамильтона. В клинических исследованиях тяжелой депрессии сумма баллов, равная трем и более, является основанием для исключения пациентов из контролируемых с помощью плацебо исследований в связи с высоким риском суицида.

В 1999 году Бек и соавт. опубликовали Шкалу суицидального мышления с измерением суицидальных мыслей в наихудший момент жизни пациента. По

166

Шкала оценки депрессии Гамильтона

Таблица 18.4

Безнадежность или качество жизни

Шкала безнадёжности Бека является одним из чаще всего используемых опросников для прогнозирования суицида, который заполняется самостоятельно. Она состоит из 20 пунктов, каждый из которых оценивается по принципу «верно — неверно». Таким образом, теоретически сумма баллов колеблется от 0 до 20, испытуемые с суммой 10 баллов и выше подвержены высокому риску суицида. Тем не менее, даже при сумме 17 баллов и выше чрезвычайно высока вероятность ложной позитивной оценки.

Внешняя валидность (соответствие с другими шкалами) шкалы безнадежности Бека (в которой позитивные пункты обозначены как «неверно», а негативные — «верно») показывает высокую корреляцию со Шкалой депрессии Бека.

167

Качество жизни

В таблице 18.5 представлен Индекс благополучия ВОЗ, который оценивает величину его субъективного ощущения. Как следует из таблицы 18.5, каждый параметр измеряется числом баллов от 0 до 5. Сум-

Таблица 18 5

Подсчет баллов предварительный подсчет суммируется из баллов пяти ответов Предварительный подсчет может колебаться от 0 до 25, где 0

представляет наихудшее возможное, а 25 — наилучшее возможное качество жизни

Для получения подсчета в процентах от 0 до 100 предварительный результат умножается на 4. Таким образом, 0 представляет наихудшее возможное, а 100 — наилучшее возможное качество жизни

168

	На протяжении последних двух недель	Все время	Большую часть времени	Более половины	Меньше половины	Некоторое время	Никогда
1	Я испытывал радость и хорошее настроение	☐ 5	☐	☐	☐ 1 / 2	☐	☐ 0
2	Я чувствовал себя спокойным и расслабленным	☐	☐ *	☐	☐ 1 / 2	☐	☐ 0
3	Я чувствовал себя активным и энергичным	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 1	☐	☐ 0
4	Я просыпался свежим и отдохнувшим	☐ 5	☐	☐ ч	☐ 2	☐ 1	☐ 0
5	Моя повседневная жизнь была заполнена тем, что для меня интересно	☐	☐	☐	☐ 1	☐ 1	☐ 0

1

Глава 18 Пер Бек, Лиз Раабек Ольсен, Лидере Нимеус Психометрические шкалы оценки суицидального риска

Ряд баллов индекса благополучия колеблется от 0 до 25. Поскольку обычно в шкалах качество жизни принято оценивать от нуля (соответствующего наихудшему возможному состоянию) до ста (что равносильно наивысшему возможному благополучию), сумма баллов в индексе благополучия умножается на четыре.

Психометрические возможности индекса благополучия ВОЗ оказались вполне приемлемыми в отношении внутренней (12) и внешней валидности (13). Таким образом, при сравнении с другими опросниками, например Опросником общего здоровья. Индекс благополучия ВОЗ был признан лучшим в качестве инструмента скрининга депрессии в условиях оказания первичной помощи (13). Самым важным оказалось, что этот опросник не оказывал никакого негативного влияния на испытуемых и не вызывал отрицательных реакций, вероятно, в силу отсутствия стигматизирующего эффекта его параметров (13). В соответствии с рекомендациями стандартные значения шкалы, свидетельствующие о низком благополучии людей, составляют сумму, равную 50 % или ниже.

Клиническое применение психометрических шкал

Большинство шкал для измерения риска суицида подлежат оценке клиницистами; они включают такие позиции, как предшествующие суицидальные попытки, демографические данные, сведения о социальной изоляции и актуальной психопатологии. Шкалы для заполнения пациентами

должны быть достаточно краткими, даже шкалу безнадежности стоило бы уменьшить до пяти пунктов. Заполнение опросника не должно быть слишком навязчивым или неприятным для человека, подверженного риску суицида, и в этом отношении шкала благополучия ВОЗ кажется наиболее приемлемой. Кехо и Гатейл (14) критиковали шкалы, измеряющие суицидальный риск, за игнорирование ими религиозности как некоторой уникальной характеристики личности, важной в плане терапии суицидентов. Религиозные темы включены в полную шкалу качества жизни ВОЗ (15) и всестороннюю суицидальную шкалу Зунга «Индекс потенциального суицида» (16). Эти шкалы следует использовать в исследованиях, изучающих религиозный аспект.

Библиография

- 1 Burk F, Kurz 4 Moller H J Suicide risk scales do they help to predict suicidal behaviour" Ear Arch Psychiatri Neural Sci 1985.235 153 157
- 2 Buglass D Hoi ton J A scale for pi edicting subsequent suicidal behaviour Br J Pi\tluatn 1974. 124 573 578
169
- Разде.1 IV. Суицидальный риск и его оценка
3. Pallis D.J., Gibbons J.S., Pierce D.W. Estimating suicide risk among attempted suicides. II. Efficiency of predictive scales after the attempt. Br. J. Psychiatry 1984; 144:139 - 148.
4. Beck A. T., Scmyler D , Herman J. Development of suicidal intent scales. In: Beck J.T., Resnik H.L.P., Lcttieri D.J. (eds). The prediction of suicide. Maryland-Charles Press: 1974a:45-56.
5. Patterson W.M., Dohn H.H., Bird J., Patterson C.A. Evaluation of suicide patients: the SAD PERSONS scale. Psychosomatics. 1983; 24:343 -352.
6. Beck A. T., Kovacs M., Weissmann A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation../ Consult. Clin. Psychology. 1979; 46:343- 352.
7. Beck A. T., Weisman A., Lester D., Trex/er L. The measurement of pessimism. The Hopelessness Scale../. Consult. Clin. Psychol. 1974b; 41:861 -865.
8. Beck A. T., Brown O.K., Steer R.A., et al. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. Suicide Life Threat. Behav. 1999; 29:1 -9.
9. Aish A.-M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? Psychological Medicine. 2001, 31:567 -372.
10. Bech P. Quality of life in the psychiatric patient. London: Mosby-Wolfe; 1997.
11. Bech P Male depression: stress and aggression as pathways to major depression. In: Dawson A. and Tylee A. (eds.) Depression: Social and economic time bomb. London: BMJ Books: 2001:63—66.
12. Bech P., Olsen L.R., Kjoller M. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms. II comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHOFive Well-Being Scale. Int. J. Meth. Psychiatr. Res. 2002 (in press).
13. Henkel V., Mergl R., Kohnen R., Moller H.-J., Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. BMJ. 2002 (in press).
14. Kehoe N.C., Gutheil T.G. Neglect of religious issues in scale-based assessment of suicidal patients. Hasp. Community Pswhialiy. 1994; 45:366—369.
15. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychological Medicine. 1998; 28:551 —558.
16. lung W.W.K. Index of Potential Suicide (IPS). In: Beck J.T., Resnik H.L.P., Lettieri D. (eds.). The prediction of suicide. Maryland: Charles Press; 1974:221 - 249.
170

раздел V. Лечение

19

Психологическое лечение

суицидальных пациентов

Пол М. Солковскис

Введение

Почти все пациенты, предпринимавшие суицидальные попытки или отчетливо выявляющие серьезные аутоагрессивные намерения, нуждаются в психологической поддержке окружающих, чтобы предотвратить дальнейшие действия по саморазрушению. Однако отношение людей и общества к суицидентам является различным: от нескрываемой враждебности до явной заботы и симпатии; от оказания практической помощи в разрешении проблем до ареста или даже тюремного заключения. Возникает желание помочь или наказать, но совершенно очевидно, что активный суицидент редко оставляет окружающих равнодушными. Как правило, профессионалы и обычные люди испытывают перед ним чувство обескураженности, провала и беспомощности. К сожалению, психологический смысл различных видов отношения к самоубийству пока не совсем понятен. В итоге психологические подходы к суицидальной превенции очень разнятся: от телефонных линий помощи до стратегий, улучшающих доступность психиатрических служб. Интенсивное обеспечение суицидальной превенции включает структурированные стационарные и амбулаторные психотерапевтические службы, которые, по идее, должны учитывать потребности суицидальных пациентов, но на практике часто пользуются клиническими побасенками и необоснованными предположениями. В ходе контролируемых исследований лиц с суицидальным риском эффективность установлена лишь у двух целенаправленных психотерапевтических подходов:

— когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ), особенно терапии решения проблем, и

171

Раздел V Лечение

— диалектической бихевиоральной терапии (ДБТ).

Данные о существенном совпадении эффективности этих двух под. ходов, вероятно, не случайны. Доказательства эффективности других форм психотерапии приводятся довольно редко, хотя исследование факторов, связанных с суицидальными попытками, предполагает, что, возможно, есть смысл дальнейших исследований таких подходов, как межличностная психотерапия. Существуют теоретические и клинические причины столь незначительного прогресса в эффективном лечении лиц, совершивших суицидальные попытки или подверженных их дальнейшему риску, несмотря на многолетние усилия психотерапевтов. Можно надеяться, что понимание этих факторов приведет к развитию и внедрению более совершенных видов психологического лечения.

Эффективное лечение лиц, совершивших суицидальную попытку: понимание и помощь

На протяжении последних десятилетий развитие бихевиоральной и когнитивно-бихевиоральной терапии радикально изменило взгляд на психологическое лечение. Сегодня перспектива кратковременного, целенаправленного и эффективного лечения стала реальной (1). Этот прогресс достигнут с помощью использования системной стратегии, которую характеризует приверженность науке, основанной на клинической практике. Этот подход не является свойственным только КБТ, но в других современных школах психотерапии он не применяется.

В основе достижений клинической науки лежит понимание специфической феноменологии клинических проблем, не только связанное с адекватной теорией специфических проблем, но и подкрепленное экспериментальными

исследованиями психопатологии и изучением результатов лечения. Следующий фактор когнитивно-бихевиоральный подход основан на взглядах, которые существенно отличаются от установок традиционных направлений психотерапии (а иногда и противоречат им). Отличие в особенности касается понимания, что лечение эффективно лишь в том случае, если оно охватывает факторы, поддерживающие проблемы пациента. Разумеется, внимание к этиологическим факторам иногда является важным, но в КБТ их редко используют, если вообще считают существенными. Кроме того, когнитивно-бихевиоральный подход предполагает большую специфичность факторов, участвующих в поддержании определенных расстройств; и ее осознание является решающим в деятельности психотерапевта, который совмест-

172

глава 19 Пол М Солковскис Психологическое лечение суицидальных пациентов

но с пациентом разрабатывает и воплощает индивидуальную программу лечения. Таким образом, при лечении депрессии следует руководствоваться специфическим пониманием механизмов, участвующих в поддержании ее симптомов. Фокусирование и акценты при лечении

I депрессии совершенно иные, чем в случае панических атаках, и они, в свою очередь, отличаются у больных булимией и т.д. Требование специфического фокусирования совершенно отличается от целей, которые

I обычно ставят более общие направления психотерапии, и сходство состоит лишь в основных психотерапевтических навыках (например, способности к эмпатическому отражению).

Формирование адекватных терапевтических отношений и сотруд-

I ничество создает хорошие возможности для терапии, проводимой надлежащим образом, однако они не достаточны — они не способствуют формированию первичного фокуса и не являются главным механизмом перемен. Недавние исследования показывают, что адекватный терапевтический альянс в большей мере может быть следствием, а не причиной клинической эффективности. Эт и соображения могут стать суще-

| ственным подспорьем и в ходе обучения психотерапевтов.

Психологические факторы, поддерживающие суицидальные мысли

Таким образом, развитие эффективного и специфического лечения I людей, пытавшихся покончить с собой (или шедших дальше), нуждается в четком понимании характерных механизмов, лежащих в основе (склонности к суицидальным мыслям и поведению (2). Из этого пони-I мания вытекают виды помощи этим лицам. Известны два когнитивных [механизма, которые проявляются у суицидентов. Первый включает недостаточность навыков разрешения проблем, особенно в сфере меж-(личностных отношений. Во-вторых, суицидентам свойственна очевидная склонность возврата к обобщенным (а не специфическим) воспоминаниям. Кроме того, вероятно, существует третий фактор — связь между чувством безнадежности и самоубийством. Соответственно, лечение, которое влияет на эти факторы, должно быть эффективным у суицидентов в смысле снижения частоты как повторных попыток, так и самоубийств. Кроме того, учет этих ключевых факторов предполагает, что они не являются абсолютно независимыми, что подтверждает ряд исследований. Выявление связей между ними необходимо для совершенствования целенаправленного психологического лечения

173

Pasde.i V Лечение

Недостаточность навыков разрешения проблем у суицидентов

Несмотря на отчетливую очевидность, что недостаточность навыков разрешения проблем может быть специфически связанной с суицидальными попытками (3, 4), способность к разрешению проблем характеризуется сложным сочетанием взаимодействующих процессов (таких, как определение

проблемы, выработка решений и воплощение выбранного решения в жизнь). К сожалению, до сих пор не ясно, какие из основных процессов или субпроцессов являются нарушенными. Проблемы с обобщенными воспоминаниями определить проще, однако пока недостает доказательств специфичности этих нарушений; они в большей мере могут находиться в связи с выраженностью депрессии и дистресса в группе суицидентов, чем с суицидальностью/решением*.

Привлекательная возможность связывает недостаточность навыков разрешения проблем и возвращение к обобщенной памяти. Процесс решения проблем включает использование нескольких различных типов памяти, включающих знания о конкретной индивидуальной проблеме или проблемах, подлежащих разрешению, прежних стратегиях, оказавшихся успешными, практических шагах, необходимых для их эффективного применения, а также прежних ресурсах и качествах, которые можно использовать при разрешении проблем. Терапия решения проблем подчеркивает важность специфичности для их успешного решения. Недостаточность навыков разрешения проблем может возникнуть в силу тенденции к использованию обобщенной памяти или, скорее всего, эти два фактора взаимодействуют друг с другом. Можно предположить, что осознаваемая недостаточность навыков разрешения проблем (реальная или воображаемая) способствует возникновению чувства безнадежности (5). К счастью, эффективное лечение не требует ожидания решения этих вопросов, поскольку когнитивно-бихевиоральный тренинг решения проблем, похоже, непосредственно занимается не только недостаточностью навыков разрешения проблем, но и нарушением способности воспроизведения специфических воспоминаний (в противовес обобщенным).

В чистом виде (шт) Примред

174

Глава 19 Пол М Солковскис Психологическое лечение суицидальных пациентов

Разрешение проблем в когнитивно-бихевиоральной терапии

Уже сложилось единодушное мнение относительно наиболее эффективных способов помощи пациентам в освоении целенаправленных стратегий разрешения проблем (6). Они основаны на психологических знаниях о том, как происходит «нормативное» решение проблем. Цель терапии решения проблем, как и других форм КБТ, состоит в обеспечении человека возможностью гибкого применения в дальнейшем и в других ситуациях знаний и навыков, полученных в процессе психологической терапии. Психотерапевт стимулирует мотивацию пациента на участие в попытках разрешения проблем путем выявления, каким образом прошлый и нынешний дистресс возникли из определяемых и потенциально разрешимых проблем в ходе их взаимодействия со способностью осознания важных личных и межличностных целей и задач. Подобная ситуация может возникнуть в условиях психологического кризиса, при котором развивается блокада разрешения неотложных (порожденных негативными событиями жизни) или хронических проблем, возможно, связанная с недостаточными или малопродуктивными стратегиями преодоления критических ситуаций. Эта последняя группа включает лиц с расстройствами личности и недостатком жизненных навыков.

После установления связи между недостаточностью навыков разрешения проблем и дистрессом внимание пациента обращают на его силы и ресурсы и на способы их успешного использования. Затем подробно разбирают стратегию решения проблем. Несмотря на то, что ее обычно приспособляют для помощи конкретному пациенту, эта стратегия, как правило, следует схеме, которая включает:

— составление перечня проблем;

- выбор приоритетных проблем, которыми следует заняться не только с точки зрения важности и влияния, но и возможной кратковременной эффективности;
- выбор ряда возможных решений обычно методом свободного «мозгового штурма», в котором человека поощряют учитывать любое возможное решение;
- выбор конкретного решения путем систематического исследования всех «за» и «против» в наиболее доступных вероятных решениях;
- преобразование процесса воплощения выбранного решения на более мелкие и выполнимые этапы;

175

Раздел V Лечение

- предвидение и определение препятствий, которые могут возникнуть при реализации каждого этапа (включая не только трудности, связанные с обстоятельствами, но и когнитивные и эмоциональные проблемы);
- систематическое исследование между этапами достигнутого прогресса перед началом реализации нового этапа.

Во время процесса решения проблем терапевт помогает пациенту воспринимать любые трудности как возможности для освоения и совершенствования новых способов преодоления препятствий, мешающих решению проблем. Процесс научения носит повторяющийся характер и завершается желаемым конечным результатом, заключающимся в освоении пациентом не только навыков разрешения специфических проблем, но и умений решения проблем, возникающих в процессе решения проблем. Таким образом, он оказывается в состоянии не только решать конкретные проблемы, на которых сосредотачивается терапия, но и применять систематизированную стратегию решения проблем. В ходе этого процесса терапевт неоднократно обращает внимание на важность специфичности при обдумывании решения и его воплощении. Этот способ терапии может исправить не только недостаточность навыков разрешения проблем, но и нарушение специфической памяти. Вероятно, эти навыки обладают эффектом уменьшения чувства безнадежности у людей, которые не видели какого-либо выхода из ситуации, казавшейся неразрешимой.

Эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии

В небольшом клиническом исследовании лиц, недавно совершивших суицидальную попытку, и с повышенным риском повторных попыток группа Солковскиса с соавг. в 1990 году (7) показала, что кратковременная терапия решения проблем, основанная на КБТ, является более эффективной, чем «обычное лечение». Удалось достичь существенного снижения не только частоты повторных суицидальных попыток, но и выраженности депрессии, безнадежности и специфических личных проблем. Кроме того, отмечено существенное уменьшение проблем, не обозначенных в качестве целей терапии, что, вероятно, происходит за счет некоторой генерализации навыков решения проблем, освоенных в ходе терапии. Интересно, что сходным образом организованное исследование той же группы в 1992 году под руководством Атха (8) выявило,

176

Глава 19 Пол М Солковскис Психологическое лечение суицидальных пациентов

что терапия решения проблем оказалась совершенно не эффективной у пациентов, доставленных в отделение скорой помощи по причинам, не связанным с суицидальными попытками. Эти результаты соответствуют описанному выше принципу специфичности терапии. У пациентов с риском суицида этот принцип обладает существенными достоинствами, состоящими в краткости терапии (5—10 сеансов) и поразительно широком влиянии не только на способность разрешения проблем и снижение частоты

суицидальных попыток, но и на снижение выраженности психопатологии, например депрессии и безнадежности. Последняя находка требует пересмотра принципа узкой сфокусированности этого вида психотерапии. Если у пациента, совершившего суицидальную попытку, отмечаются признаки тяжелой депрессии, важно принимать во внимание расширенные возможности этого терапевтического подхода для включения депрессии в фокус «стандартной когнитивной терапии».

Диалектическая бихевиоральная терапия

Наше понимание механизмов суицидального мышления и поведения осложняется вопросом диагностики депрессии и расстройств личности, которые иногда (но не всегда) связаны со склонностью к суицидальному поведению. Линехэн (9) предложила в 1993 году ДБТ для лечения пациентов с пограничным расстройством личности и хронической суицидальностью. Этот подход разделяет многие черты и процедуры когнитивно-бихевиоральной терапии решения проблем, однако его теоретическая основа и спектр терапевтических воздействий являются более широкими. Линехэн удалось охватить многие из проблем, связанные с понятием расстройства личности. Ключевой проблемой она считает эмоциональную дисрегуляцию, которая возникает в раннем возрасте, когда биологически уязвимые пациенты испытывают травматическое воздействие семьи и близкого окружения. В итоге формируется эмоциональная лабильность, которая затем дополняется поведенческой, межличностной и когнитивной нестабильностью, и их взаимодействие обуславливает выработку характерных моделей решений, включающих парасуицидальное поведение. Таким образом, пограничное расстройство личности становится обобщающим понятием для описания широкого спектра весьма длительных проблем, способов, которыми некоторые люди пытаются справиться с межличностными и эмоциональными трудностями.

177

Раздел V Лечение

Основные навыки

В отличие от многих других подходов к лечению расстройств личности, ДБТ настойчиво избегает «обвинений жертвы». Лечение сосредотачивается на оценке расстройств по МКБ-10 (ось I) или DSM-IV и предоставлении пациенту возможностей согласно философии когнитивно-бихевиорального подхода. Целью ДБТ является оказание помощи пациенту в модулировании эмоциональных реакций, уменьшении проявлений дезадаптивного поведения и принятии своих собственных реакций. Основная стратегия терапии — выработка навыков решения проблем, дополненная рядом вспомогательных терапевтических методик, поддерживающей работой в группе и консультациями по телефону. Гораздо больше внимания уделяется терапевтическим отношениям (как их понимает скорее когнитивная, а не психодинамическая психотерапия). Другими основными навыками, которым обучает ДБТ, являются тренинг сенситивности, эффективности в межличностных отношениях и техники преодоления психологического дистресса (включающие эффективные когнитивные и бихевиоральные техники работы с депрессией, тревожными расстройствами и посттравматическим стрессом). Применение тренинга сенситивности, включающего ряд адаптированных техник медитации, показало, что он может быть эффективным у больных хронической депрессией. Эти структурированные техники применяются на основе интеграции способов, адаптированных для конкретной группы пациентов и учитывающих их особую чувствительность.

Эффективность диалектической бихевиоральной терапии

Существуют весомые доказательства, что по сравнению с рутинным лечением ДБТ уменьшает частоту суицидальных попыток и использования специализированных служб. Однако она имеет ряд неудобств, включающих

сложность пакета техник и необходимость существенных затрат времени психотерапевта (несколько сеансов каждую неделю) на его реализацию в течение почти одного года. Улучшение психопатологических характеристик (например, депрессии) оказалось относительно скромным. Существует неотложная потребность сравнения ДБТ с описанными краткосрочными формами помощи в разрешении проблем, поскольку они оказались эффективными в снижении частоты суици-

178

I'utea 19 Пол М Солковскис Психологическое лечение суицидальных пациентов

яльных попыток и психопатологии, хотя и в иной (возможно, менее сложной) группе пациентов

Межличностная терапия: многообещающая перспектива

Психопатологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку (которые описаны выше), свидетельствуют, что в их лечении может быть эффективной межличностная терапия Это предположение исходит из двух наблюдений:

- межличностная терапия оказалась эффективной в лечении депрессии;
- она уделяет большое внимание работе с межличностными проблемами и изменением ролевого функционирования пациента путем более специфического фокусирования.

Терапия сосредоточена на связи между возникновением симптомов депрессии и актуальными межличностными проблемами. Внимание уделяется смене стратегий в жизненном контексте пациента, его реакциям на актуальные события и социальным дисфункциям, а также участием этих факторов в формировании симптоматики. Не описано попыток воздействия на более устойчивые аспекты личности. При установлении связи между межличностным функционированием и симптомами депрессии используют специфические стратегии интервенции, детально описанные в руководстве Клермана и Вейсмана. Приведем три примера: способ завершения непрожитого горя посредством поддержки его переживания; способ стимуляции стратегий решения межличностных проблем у пациента путем «ролевого диалога», в котором осознается конфликт со значимым человеком; и способ использования различных средств в «ролевых трансформациях», которые помогают преодолеть серьезные изменения в жизни. Основной частью последующих стадий межличностной терапии является тренировка навыков разрешения проблем преимущественно в ситуации «здесь-и-сейчас».

Таким образом, сосредоточенность на разрешении проблем делает межличностную терапию привлекательной в качестве потенциального способа лечения лиц, совершающих суицидальные попытки Однако до сих пор отсутствуют опубликованные результаты ее эффективности в этой группе. Тем не менее, основываясь на ее эффективности у больных депрессией, переживших негативные события жизни и межличностные

179

Раздел V Лечение

проблемы, разумно сделать вывод, что этот подход может оказаться полезным, возможно, в качестве составной части более интегрированного пакета терапевтических воздействий.

Характеристики эффективной терапии

Оценка эффективности

Существует неудачная тенденция совместного рассмотрения психологических способов лечения лиц, совершивших суицидальную попытку, как в отношении методик, так и популяционной оценки. В недавнем систематическом обзоре Хотона с соавт. с применением мета-анализа небольшое число разнородных исследований объединили в одно направление, потенциально вводящее в заблуждение. К сожалению, подобные виды анализа, подходящие для

систематической оценки видов лечения при большом числе клинических испытаний со стандартизированными интервенциями в крупной и гомогенной модели (например, при лечении инфекционных болезней антибиотиками), создают иллюзию точности, которая скорее может препятствовать, чем способствовать дальнейшему развитию новых эффективных видов лечения. Будущие обзоры исследований психологического лечения должны быть ясными не только в плане результата примененных мер (скорее всего, с включением исходов таких клинических проявлений, как безнадежность и суицидальные мысли в дополнение к частоте повторных суицидальных попыток), но и исследованной популяции и примененных интервенций. Хотя усилия по превенции самоубийств и суицидальных попыток, вероятно, стары как мир, оценка эмпирических видов лечения является недавним и редким событием, делающим технику мета-анализа в лучшем случае неуместной в обозримом будущем. В худшем случае количественные обзоры могут активно вводить в заблуждение относительно выводов о сравнительных количественных достоинствах различных терапевтических подходов.

Как можно ожидать, в силу описанных недостатков в оценке результатов исследования существует длинный список видов психотерапии, которые еще считаются эффективными или, наоборот, нерезультативными у лиц, совершивших суицидальную попытку. Сходные проблемы существуют при определении эффективности психотерапевтических подходов в уменьшении психологических проблем, связанных с суицидальной попыткой. К ним относятся депрессия, безнадежность, меж-ISO

Глава 19. Пол М Солковскис. Психологическое лечение суицидальных пациентов

личностные проблемы и затяжные эмоциональные реакции на неблагоприятные события жизни.

Критерии успешного психологического лечения

Сегодня совершенно очевидно, что активное психологическое лечение нуждается в критериях успешности в отношении снижения частоты повторных суицидальных попыток и самоубийств:

- оно должно возвращать пациенту взаимопонимание (путем применения «неспецифических» терапевтических факторов, подобных эмпатии, искренности и теплоте, и использования внутренних ресурсов пациента);

- основные терапевтические усилия следует сосредоточить на установленных (с помощью эмпирически обоснованной теории) факторах, определяющих переживание и поддержание затяжного интенсивного дистресса в конкретных группах (состоящих преимущественно из однородных в клиническом отношении пациентов);

- терапия должна быть нацелена на характерные, в том числе специфические проявления обычных факторов поддержки (т.е. способов, которыми они влияют на конкретного пациента, нуждающегося в психотерапевтической помощи);

- следует продемонстрировать эффективность нового вида терапии по сравнению с листом ожидания или лечением «по старинке».

Сегодня всем этим критериям соответствуют лишь КБТ в форме терапии решения проблем и ДБТ. Стандартная когнитивная терапия депрессии и межличностная терапия удовлетворяют лишь первым трем критериям. Исходя из установленной эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии решения проблем и более сложного пакета, составляющего ДБТ, очевидно, следующим шагом в исследовании результатов терапии станет исследование, сравнивающее краткосрочные формы ДБТ, сосредоточенные на разрешении проблем, с обычными способами лечения.

Элементы, которые работают в психотерапии суицидальных пациентов

Детальное исследование четырех критериев успешности терапии позволяет говорить о наличии следующих общих элементов:

— сосредоточение на ситуации «здесь-и-сейчас»;

181

Раздел V. Лечение

— внимание к негативным эмоциям, раскрывающим соответствующий фокус терапии;

— включение в терапевтический пакет как основы тренировки способности решения проблем и базовых навыков;

— терапевтические отношения, основанные на эмпатии и сотрудничестве, предоставляющие пациенту возможности осуществления изменений в актуальной ситуации.

Сочетание психотерапии и медикаментозного лечения

Сочетание медикаментозного лечения и психотерапии используется часто, хотя важно помнить, что фармакотерапия может повысить кратковременный риск повторной попытки путем передозировки в силу использования соответствующих препаратов. Кроме того, медикаментозное лечение как допустимый способ разрешения дистресса может снизить порог его переносимости у лиц без психиатрического диагноза, превратившись в самый действенный способ разрешения проблем. Существует неотложная потребность исследования этих обстоятельств для развития оптимальных способов применения фармакотерапии и ее сочетаний с психотерапией. Несмотря на ряд доказательств, что сочетание КБТ и фармакотерапии является эффективным при лечении депрессии, недавние исследования тревожных состояний показали, что оно может оказаться менее эффективным, чем сама по себе КБТ. Кроме того, очень важно срочно провести адекватно организованное исследование патогенетических факторов и результатов лечения, которое, к удивлению, отсутствует. Между тем, существует недавнее исследование, предполагающее, что селективный ингибитор обратного захвата серотонина пароксетин может снизить уровень повторных суицидальных попыток у пациентов из группы высокого риска (см. главу 24). Низкая токсичность делает его оптимальным кандидатом для сочетанной терапии, по крайней мере, до появления новых знаний о влиянии фармакотерапии на психологическое лечение.

Заключение

Не стоит терять надежду относительно возможностей лечения суицидального пациента. Эта глава началась с рассказа о пути, который посредством определения ключевого механизма поддержки привел к

182

Глава 19. Пол М. Солковскис Психологическое лечение суицидальных пациентов

быстрому развитию эффективных психотерапевтических подходов тревожных расстройств. Сходным образом развиваются усилия по улучшению эффективности лечения лиц, совершивших суицидальную попытку или подверженных ее риску; сегодня существуют неплохие доказательства важности помощи пациентам с недостаточностью навыков разрешения проблем и склонностью обращения к обобщенной памяти. Другие важные факторы, относящиеся к пониманию (и, следовательно, лечению) суицидальных попыток, включают:

— безнадежность;

— депрессию;

— проявления расстройств личности, особенно их пограничного варианта.

Для выявления связи между этими факторами и способами снижения частоты самоубийств и суицидальных попыток необходимы дальнейшие исследования.

В этой сфере существует тенденция к отходу от исключительного акцента на диагностические категории; как показали Линехэн и Уильямс (12) даже в случае спорного и запутанного диагноза «расстройство личности» существует надежда на эмпирическое определение психологических механизмов. Есть

немало оснований для оптимизма относительно перспектив вовлечения в терапию и расширения возможностей людей, ранее в силу безнадежности видевших в самоубийстве единственную возможность разрешения невыносимой ситуации.

Библиография

1. Salkovskis P.M. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guildford Press; 1996.
2. Beck A. T., Brown G.K., Steer R.A., et al. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat. Behav.* 1999;29:1-9.
3. Pollock L.R., Williams J.M. Problem solving and suicidal behavior. *Suicide Life Threat. Behav.* 1998; 28:375—387.
4. Schotte D.E., C him C.A. Problem solving skills in suicidal psychiatric patients. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1987; 55:49 -54.
5. Cannon B., Mulroy R., Otto M. W., et al. Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *J. Affect Disord.* 1999; 55:45-49.
6. Hawton K A , Kirk J. Problem solving. In: Haw ton K.A., Kirk J., Clark D.M. (eds). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 1989:406 -426

183

Раздел V Лечение

7. Salkovskis P.M., Atlia C, Storer D. Cognitive behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *Br. j Psychiatry.* 1990; 157:871-876.
8. Atha C. Salkovskis P.M., Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients attending a medical emergency department: a controlled trial. *J. Psychosom. Res.* 1992; 36:299 -307.
9. Linehan MM. *Cognitive -behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
10. Klerman C.L, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books; 1989.
11. Hawton K.A., Arensman E., Townsend E.. et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ.* 1998; 317:441-447.
12. Williams J.M.G. Personality disorder and the will: a cognitive neuropsychological approach to schizotypal personality. In: Salkovskis P.M. (ed). *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Chichester: John Wiley; 1996:63—76.

184

20

Фармакотерапия психических

нарушений у суицидальных пациентов

Ханс-Юрген Мёллер

Введение

Многим суицидальным пациентам кроме консультирования и психотерапии (см. главу 19) необходимо психофармакологическое лечение. Фармакологические и немедикаментозные интервенции (например, электросудорожная терапия) у людей с риском суицида обычно направлены на его предотвращение посредством преимущественно седативно-анксиолитического воздействия или лечение психических и соматических расстройств, являющихся основной причиной суицидальных тенденций. Тем не менее, пока не существует специфического «соматического» лечения суицидальное™. Несмотря на ряд исследований, показавших, что у самоубийц и пациентов, совершивших суицидальную попытку, уровни 5-гидроксииндолуксусной кислоты в спинномозговой жидкости оказались ниже, чем в контрольной группе, окончательные рекомендации для каких-либо

лечебных мероприятий, основанных на этом факте, до сих пор отсутствуют. Применение серо-тонинергических препаратов в лечении суицидальности основано на гипотезе о роли серотонина. Вместе с тем, достаточно ясная оценка этого эмпирического подхода пока отсутствует (1).

Суицидальность и обусловленное ею поведение, как правило, проявляются в одном из следующих сочетаний:

- острая суицидальность в условиях психосоциального стресса и
- острая или хроническая суицидальность, являющаяся признаком или результатом сопутствующего психического расстройства.

В этой главе описываются психофармакологические подходы при этих двух состояниях.

185

Раздел V Лечение

Патологические реакции на психосоциальный стресс

Если суицидальность является результатом патологической реакции на психосоциальные стрессы, фармакотерапия, в основном, нацелена на реализацию седативного, анксиолитического, снотворного или вегетотропного эффектов. Препараты первого выбора — это в основном бензодиазепины (или при расстройствах сна — современные небензодиазепиновые гипнотики). Выбор конкретного препарата и его дозы зависит от индивидуальных особенностей случая. Целью является не только достижение седативного эффекта, но и коррекция эмоционального состояния. Некоторые врачи склонны ограничивать назначение бензодиазепинов из-за боязни возникновения зависимости, риск которой на самом деле является чрезвычайно малым. В качестве заменителей они предпочитают использовать седативные антидепрессанты, такие как доксепин (синекван), или малые дозы седативных нейролептиков. Тем не менее, в конкретных условиях, учитывая хорошую переносимость бензодиазепинов и позитивную реакцию на них пациентов, при оценке соотношения риска и пользы следует отдавать предпочтение бензодиазепинам, поскольку в основном возникает необходимость только кратковременного лечения. Неадекватная длительность терапии может обусловить высокий риск сохранения суицидального ги, поэтому следует избегать прерывания лечения бензодиазепинами, которое, похоже, становится распространенной проблемой у пациентов, нуждающихся в этом виде лечения (2). Если на основании клинического анализа симптомов обнаружены отчетливые показания для психофармакологического лечения (например, эмоциональная лабильность, выраженная тревога, депрессивное настроение или иные психические заболевания), то психотерапевтический подход, иногда основанный на психодинамических теориях, является непригодным. В случаях затяжных депрессивных реакций следует использовать как антидепрессанты, так и бензодиазепины. Следует отдавать предпочтение современным антидепрессантам с лучшей переносимостью, чем у их трициклических сородичей

Неврозы и расстройства личности

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) избегает термина «невроз» и, используя описательный подход, предпочитает термин «генерализованное тревожное расстройство» или «дис-

186

Глава 20 Ханс-Юрген Меллер. Фармакотерапия психических нарушений у суицидальных пациентов

химия». Тем не менее, понятие «невроз» до сих пор используют в клинической практике.

При так называемых невротических расстройствах антидепрессанты очень часто необходимы в дополнение к психотерапии в зависимости от типа и тяжести симптомов. Примерами являются дистимия (при которой используют трициклические антидепрессанты типа амитриптилина, ингибиторы

моноаминоксидазы или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), тревожные расстройства (когда используются имип-рамин (мелипрамин) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) и обсессивно-компульсивные расстройства (когда используется кломипрамин (анафранил) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина). Однако если эти расстройства сочетаются с суицидальностью, то для скорейшего преодоления кризисной ситуации монотерапии часто недостаточно: наряду с антидепрессантами может возникнуть необходимость кратковременного применения бензодиазепинов или других седативных препаратов и нейролептиков. Но при длительном применении необходимо помнить о риске возникновения зависимости от бензодиазепинов и поздней дискинсии от нейролептиков.

С хронической суицидальностью часто связаны расстройства личности. Особому риску подвержены истероидные и пограничные пациенты. В целом эффективность психофармакологического лечения расстройств личности еще подробно не изучена (3). Особое внимание при пограничных расстройствах личности следует обращать на возможный риск парадоксальных реакций на бензодиазепины или трициклические антидепрессанты (4). В большинстве случаев лечение ими показано только в острых критических состояниях. В этих случаях в качестве кратковременной интервенции можно использовать малые дозы бензодиазепинов, антидепрессантов с седативно-анксиолитическим профилем или нейролептиков мягкого действия. Следует учитывать, что эти рекомендации являются эмпирическими и не подтверждены клиническими испытаниями. Имеет смысл избегать длительного лечения бензо-дiazепинами, чреватого риском последующего злоупотребления.

Проведено лишь несколько исследований эффективности психофармакотерапии средней длительности в предотвращении дальнейших суицидальных попыток у пациентов, имеющих их в анамнезе. Из числа сопутствующих заболеваний в этих исследованиях детально рассмотрены расстройства личности импульсивного, истероидного и пограничного типа (5).

187

Раздел V Лечение

Униполярные и биполярные депрессии

Симптомы усталости от жизни и стремления к смерти очень часто встречаются при депрессии, особенно тяжелой и средней тяжести. Более того, многие пациенты размышляют о самоубийстве, предпринимают суицидальные попытки или кончают с собой. У суицидальных пациентов с депрессией при выборе антидепрессантов следует отдавать предпочтение препаратам с седативным профилем (например, амит-риптилину, докседину, миансерину и ремерону), поскольку активизирующие препараты, подобные ингибиторам моноаминоксидазы и де-зипрамину (иетилилу), могут повышать риск суицида (6). Другим фактором при выборе препарата должна быть его безопасность при передозировке, которая характерна для селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, миансерина и ремерона. При лечении трициклическими антидепрессантами следует выписывать минимальную упаковку во избежание риска смертельного отравления при передозировке как методе суицида. Большинство этих препаратов имеет риск летального исхода при приеме дозы 1000 мг и более. Сегодня на основании переносимости и эффективности в схемах лечения депрессии, особенно в амбулаторных условиях, ведущими являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (7). Следует помнить, что они не обладают седативным эффектом и в некоторых случаях вызывают возбуждение. У суицидальных пациентов с депрессией и высоким уровнем двигательной активности седативный эффект в результате применения седативных антидепрессантов порой оказывается недостаточным, и может возникнуть

необходимость назначения бензодиазепинов или седативных нейролептиков. Их дозы зависят от степени возбуждения пациента и его индивидуальной реакции. Дозы следует подбирать таким образом, чтобы, по возможности, купировать внутреннее напряжение и возбуждение и достигнуть существенной седации и нормализации ночного сна. Бензодиазепины не рекомендуются пациентам с проблемами зависимости в анамнезе; препаратами выбора являются седативные нейролептики (например, 50—200 мг тиоридазина или 25—100 мг левомепромазина (тизерци-на)). В случае депрессии с галлюцинациями лечение антидепрессантами дополняется назначением сильнодействующих нейролептиков (например, 5—10 мг галоперидола внутрь или парентерально).

Кроме того, при депрессии с выраженной суицидальностью, которую очень трудно лечить дружными средствами, применяется электросу-

188

Глава 20 Ханс-Юрген Меллер. Фармакотерапия психических нарушений у суицидальных пациентов

дорожная терапия (8) в силу ее быстрого эффекта (по сравнению с антидепрессантами). Она может оказаться необходимой пациентам, устойчивым к лечению антидепрессантами (9).

Униполярная и биполярная депрессии, как правило, являются рекуррентными. Поэтому пациентам с двумя рекуррентными эпизодами и более после неотложного и поддерживающего лечения необходима терапия для предотвращения рецидивов. При униполярной депрессии такими средствами-кандидатами являются антидепрессанты или литий. При биполярной депрессии препаратом первого выбора является литий; в некоторых случаях (резистентности к лечению литием или его непереносимости) альтернативу составляют карбамазепин (финлепсин) и вальпроат (депакин). Большой интерес представляет все чаще подтверждаемый результат, что профилактическое лечение литием уменьшает высокую суицидальную смертность пациентов с униполярной или биполярной депрессией (так, среднежизненный риск суицида составляет соответственно 15 % и 20 % при униполярной и биполярной депрессии) до нормального уровня. Этот феномен, видимо, возникает не только в силу снижения рецидивов депрессии и связанных с ними проявлений суицидального поведения, но, вероятно, и вследствие непосредственного влияния на суицидальное поведение (10, 11).

Следует обратить внимание на две дополнительные проблемы, возникающие при назначении антидепрессантов суицидальным пациентам с депрессией. Во-первых, неотложная терапия противопоказана в случае интоксикации психотропными веществами (например, при суицидальных попытках). Во время детоксикации при необходимости следует назначать нейролептики мягкого действия. Во-вторых, во время лечения антидепрессантами усиление активности и нормализация когнитивных способностей часто предшествуют улучшению настроения (так называемая диссоциация между настроением и активностью). Это обстоятельство может обусловить необходимость временного назначения или повышения дозы сопутствующих седативных средств до момента улучшения настроения для противодействия повышенному риску воздействия суицидальных импульсов.

Шизофрения

Суицидальность, связанная с шизофреническим психозом, особенно при выраженной тревоге и возбуждении, часто требует медикаментозной терапии в дополнение к стандартному лечению шизофре-

189

Раздел V. Лечение

нии. В этих случаях чаще всего назначаются нейролептики мягкого действия (например, левомепромазин или тиоридазин) благодаря их дополнительному антипсихотическому эффекту. В дополнение к ним или при наличии

противопоказаний к применению нейролептиков используют транквилизаторы. Если для достижения первоначальной адекватной седации необходимы высокие дозы нейролептиков (например, 100 мг левомепромазина в/м или 200 мг тириодазина), особое внимание следует обращать на риск острой гипотензии с тенденцией к коллапсу, особенно сразу после изменения положения тела.

Совершенно другой подход необходим для суицидальных больных шизофренией, у которых отмечаются депрессивные или негативные симптомы. Если депрессивно-апатические симптомы, сопровождающие суицидальность, являются частью постпсихотической депрессии или состояния дефекта, фармакотерапия должна полностью следовать руководствам по лечению этих состояний. Это означает, что в случае постпсихотической депрессии необходимым является лечение антидепрессантами, а при дефектных состояниях — атипичными нейролептиками или селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (либо обоими). Если суицидальные симптомы являются побочным эффектом нейролептиков (при фармакогенной депрессии или акинезии), при возможности следует снизить дозу нейролептиков или дополнительно назначить антипаркинсонические препараты типа биперина.

Библиография

1. Moller H.J., Steinmeyer E.M. Are serotonergic reuptake inhibitors more potent in reducing suicidality? An empirical study on paroxetine. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 1994; 4:55-59.
2. Moller H.J. Effectiveness and safety of benzodiazepines. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1999; 19(Suppl. 2):2—11.
3. Kapfhammer H.P., Hippus H. Special feature: pharmacotherapy in personality disorders. *J. Pers. Disord.* 1998; 12:277 -288.
4. Moller H.J. Provocation of aggressive and autoaggressive behavior by psychoactive drugs. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 1994; 4:232 -234.
5. Montgomery S.A., Montgomery D.B., Green M., et al. Pharmacotherapy in the prevention of suicidal behavior. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1992; 12(Suppl. 2): 27S-31S.
6. Moller H.J. Antidepressants: do they decrease or increase suicidality? *Pharmacopsychiatry.* 1992; 25:249 - 253.

190

Глава 20. Ханс-Юрген Мёллер. Фармакотерапия психических нарушений у суицидальных пациентов

7. Moller H.J., Volz H.P. Drug treatment of depression in the 1990s. An overview of achievements and future possibilities. *Drugs.* 1996; 52:625 —638.
8. Fink M. Convulsive therapy: theory and practice. Raven: New York; 1979.
9. Moller H.J. Non-response to antidepressants: risk factors and therapeutic possibilities. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1994; 9 (Suppl. 2): 17—23.
10. Thies-Flechtner K., Muller-Oerlinghausen B., Seibert W., et al. Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders. Data from a randomized prospective trial. *Pharmacopsychiatry.* 1996; 29:103 107.
11. Muller-Oerlinghausen B., Berghofer A. Antidepressants and suicidal risk. / *Clin. Psychiatry.* 1999; 60(Suppl. 2):94—99.

191

Раздел VI. Частные темы: молодежь и пожилые

21

Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи

Алан Аптер

Введение

Эпидемиология

Наиболее частой причиной ухода молодежи из жизни является насильственная смерть в форме суицида, убийства или дорожно-транспортного происшествия. В разных странах мира отмечаются различные уровни каждого из этих видов смерти; в большинстве государств частота суицидов превышает уровень убийств, и во многих индустриально развитых странах количество молодых людей, погибающих вследствие самоубийства, выше числа смертельных исходов среди них при автомобильных авариях. Более того, в течение последних двух десятилетий смертность при дорожно-транспортных происшествиях снизилась, тогда как частота суицидов, особенно среди молодых мужчин, возросла. Таким образом, суицидальное поведение среди молодежи представляет собой огромную проблему для здравоохранения.

В дополнение к самоубийствам немало молодых людей совершают преднамеренные попытки без летального исхода. Это явление (известное под названиями «суицидальной попытки», «парасуицида» или «преднамеренного самоповреждения») встречается по меньшей мере в 10 — 100 раз чаще самоубийств, хотя точное преобладание подобных аутоагрессивных действий неизвестно. В то время как соотношение между суицидальными попытками (парасуицидом) и самоубийствами является предметом дискуссий, суицидальное поведение без летального исхода остается актуальной клинической проблемой.

На Западе наблюдается существенный рост числа молодых людей, умышленно наносящих себе повреждения или решающихся на пред-

192

[дава 21. Алан Аптер Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи намеренную передозировку различными веществами. В результате умышленное самоотравление среди девушек превратилось в наиболее частую причину неотложной госпитализации. Кстати, большинство статистических данных о суицидальных попытках (парасуицидах) получено из отчетности больниц, и они составляют лишь одну треть от реального числа суицидальных попыток. Парасуицид является более характерным для женщин, чем мужчин, и наибольшим это соотношение предстает у молодежи. Наиболее высокой бывает частота суицидальных попыток у девушек 15—19 лет. Она находится в обратной зависимости с социальным статусом (1—3).

Причины роста суицидального поведения

Теоретические размышления, касающиеся современной вспышки суицидальности у молодежи, основаны на наблюдениях, осуществленных в странах, где этот пик является наиболее высоким, например, в Ирландии. В этой стране подъем суицидальности сопровождался ростом антисоциальных действий, преступности, алкоголизма и безработицы среди юношей, а также снижением числа заключенных браков. Другими социальными факторами, коррелировавшими с суицидальностью у молодежи, были высокий уровень разводов, низкое число стабильных функциональных семей, высокий уровень безработицы и убийств, возросшее число женщин, занятых в индустриальной сфере, обучающихся в университетах и являющихся членами религиозных меньшинств (2, 4).

Более того, в последние десятилетия произошли разительные перемены в биологическом созревании молодежи. Снижился средний возраст достижения половой зрелости. Например, раньше на Западе возникновение месячных относилось к 16—18 годам; сегодня они появляются в 12—13 лет. Таким образом, биологические изменения затрагивают более ранний возраст, в котором молодежь еще не в состоянии справиться с ними с помощью психологического, в частности, когнитивного развития.

Психологический мораторий, описанный Эриком Эриксоном, означает, что в современном западном обществе подростковость и юношество существенно затягиваются во времени. Весьма возрос возраст вступления молодежи в брак, обзаведения детьми, достижения определенного профессионального уровня.

Кроме того, получило большую распространенность девиантное экспериментирование с различными идентификациями вроде гомосексуализма, бисексуальности и криминального поведения. Психологический мораторий является важным для

193

Раздел VI. Частные темы молодежь и пожилые
развития человека в сложных индустриальных обществах, но его ценой становится психическая, в том числе идентификационная нестабильность молодежи (6).

Роль нейробиологических факторов описана в главе 3.

Факторы суицидального риска у молодежи

Одним из самых важных факторов суицидального риска у молодежи является диагностируемое психическое заболевание, особенно аффективные расстройства и пограничное расстройство личности. Кроме того, как и у взрослых, важным фактором риска самоубийства являются предшествовавшие суицидальные попытки (2, 7).

Традиционно пограничные расстройства личности связывают с суицидальными попытками без летального исхода, однако все более очевидными становятся факты, что для этих пациентов характерным является и самоубийство. Преднамеренные самоповреждения и суицидальные попытки считаются «особенностями поведения» этих пациентов. Однако около 9 % пациентов с пограничным расстройством личности в итоге кончают с собой (8).

Подростки, в прошлом пациенты психиатрических больниц, подвержены особому риску самоубийства (10 % для мужского и 1 % для женского пола). Кроме того, подросткам-самоубийцам свойственна семейная история психических расстройств (в 25—50 % случаев) и злоупотребление психоактивными веществами или алкоголем (33—70 %). Сопутствующие аффективные нарушения, расстройства личности и злоупотребление психоактивными веществами более всего связаны с летальными исходами. Наличие дома огнестрельного оружия и проблемы с сексуально-ролевой идентичностью, например гомосексуальности, также находятся в числе весьма известных суицидальных факторов риска у молодежи (9).

В популяции подростков особое значение для суицидальности могут иметь следующие четыре коморбидные сочетания

- шизофрении, депрессии и злоупотребления психоактивными веществами;
- злоупотребления психоактивными веществами, расстройств поведения и депрессии;
- аффективного расстройства, расстройств пищевого поведения и тревожных расстройств;
- аффективного расстройства, расстройства личности (кластер А, параноидное и шизоидное расстройство личности в соответствии с

194

Глава 21 Алан Аптер Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи терминологией Диагностической и статистической классификации психических заболеваний — DSM, принятой в США) и диссоциативных расстройств (проявляющихся дезинтеграцией функций сознания, памяти, идентификации или восприятия внешнего мира).

Эти сочетания требуют энергичного психиатрического вмешательства.

Аффективные расстройства

Депрессия

В большинстве случаев суицидальным попыткам и завершенным самоубийствам у подростков предшествует появление признаков депрессии. Отмечаются существенные различия между детьми, подростками и юношами с симптомами депрессии, совершившими суицидальную попытку, и без нее. Первые часто происходят из распавшихся семей, имеют одного или обоих

родителей, предпринимавших суицидальные попытки или самоубийство. Кроме того, довольно часто они убегают из дома и в итоге воспитываются без позитивных ролевых моделей. В этой группе часто наблюдаются физическое, психическое и сексуальное насилие. Молодые суициденты с депрессией чаще имеют устойчивые проблемы в школе и сложности в формировании отношений в своей среде по сравнению с депрессивными сверстниками без суицидальных попыток. У молодежи с депрессией злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, импульсивное и асоциальное поведение являются дополнительными факторами суицидального риска (4, 10).

В силу высокой вероятности депрессии у подростков и юношей, совершивших суицидальную попытку, важной мерой является ее диагностика и назначение лечения на ранней стадии. Исследования показывают, что депрессия у детей и подростков встречается чаще, чем считалось ранее. К сожалению, часто ее диагностика является затруднительной из-за атипичности симптомов депрессии и отсутствия у взрослых готовности ее распознавания, поскольку они предпочитают видеть своих детей лишь счастливыми и здоровыми. Известно, что после окончания Второй мировой войны возросло число молодых людей с Депрессией и снизился возраст появления ее симптомов, поэтому важной стратегией являются усилия по выявлению депрессии для превен-ЦИИ суицидального поведения (11).

195

Раздел VI Частные темы молодежь и пожилые

Тяжелая депрессия легче всего диагностируется при ее остром начале у ранее здорового ребенка; в этих случаях ее симптомы очень схожи с признаками депрессии у взрослых (см. главу 4). Однако часто болезнь начинается незаметно, до возникновения отчетливых симптомов депрессии у ребенка может возникнуть немало сложностей типа расстройства внимания или тревожного расстройства.

Расстройства настроения имеют тенденцию к хроническому течению, если они начинаются в раннем возрасте и ребенок происходит из семьи со склонностью к аффективным расстройствам и злоупотреблению алкоголем.

В некоторых случаях депрессия у подростков достигает уровня психоза с галлюцинациями и бредом, которые обычно соответствуют степени снижения настроения. Когда психотические переживания становятся по содержанию суицидальными, что имеет место при императивных галлюцинациях или бреде самоуничтожения, риск самоубийства оказывается очень высоким (11).

Биполярные расстройства

Раньше полагали, что биполярные расстройства у подростков встречаются редко. Однако почти в 20 % всех биполярных расстройств первый эпизод возникал в юности с пиком между 15 и 19 годами. Влияние особенностей психического развития, сходства симптоматики с другими болезнями и недостаточной готовности клиницистов к выявлению депрессии приводит к тому, что она не диагностируется у детей и подростков или клиническая оценка является неправильной. Поэтому клиницисты должны знать основные характерные черты депрессии в раннем возрасте. Кроме того, важно уметь распознавать разные фазы и модели эпизодов биполярных расстройств. Их первая манифестация может быть маниакальной или депрессивной. Маниакальные эпизоды сохраняются у 20 — 30 % молодых людей с тяжелой депрессией.

Подростки, страдающие биполярным расстройством, подвержены высокому риску завершенных самоубийств. По крайней мере, одну серьезную суицидальную попытку совершают 20 % подростков с биполярным расстройством. В солидном обзоре исследований депрессивных и маниакально-депрессивных расстройств у взрослых установлено, что средний уровень завершенных самоубийств при этих заболеваниях составляет 19 %. Наиболее высокому риску подвергаются мужчины или пациенты в

депрессивной фазе заболевания (9, 11).

196

Глава 21 Алан Аптер Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи

Шизофрения

Шизофрения является характерным психическим расстройством у подростков. Из-за его зловещего прогноза и социальной стигматизации некоторые клиницисты воздерживаются ставить этот диагноз даже при наличии отчетливых оснований. Для ребенка и семьи подобная позиция создает препятствия адекватному лечению, приобретению знаний о заболевании и доступу к специализированным службам поддержки. Тем не менее, несмотря на наличие диагностических критериев, первоначальный диагноз может оказаться неточным в силу общности некоторых симптомов шизофрении, психотических аффективных расстройств, а также, видимо, личностных и диссоциативных расстройств.

В подростковом возрасте дифференциальная диагностика между шизофренией, психотической депрессией или манией и шизоаффективным расстройством не всегда является легкой; немало концептуальных и нозологических аспектов остаются неясными. Для более точной диагностики необходимо длительное наблюдение пациента с периодическими переосвидетельствованиями. Пациентов и их семьи следует ознакомить с этими особенностями диагностической работы.

Депрессия при шизофрении может быть обусловлена переживаниями молодого человека, ощущающего, что он становится «изгоем» и превращается в безумца. Существуют отчетливые свидетельства, что суицидальность и депрессия у этих пациентов связаны с хорошим премор-бидным уровнем когнитивного и социального функционирования, достаточной интуицией и высоким интеллектом. Кроме того, в суицидальности могут играть роль постпсихотическая депрессия и депрессивные состояния, вызванные нейролептической терапией.

У многих больных шизофренией отмечается суицидальная депрессия, особенно если они молоды и не имеют длительного стажа болезни. С депрессией связаны по крайней мере две трети суицидов, и лишь небольшое меньшинство — с психотическими симптомами, такими как императивные галлюцинации. Самоубийство часто совершается вскоре после выписки и может быть связано с недостаточностью социальной поддержки.

Наконец, многие подростки, больные шизофренией, злоупотребляют наркотиками и алкоголем, что повышает суицидальный риск. Иногда подобное злоупотребление является попыткой самолечения. Антихолинергическая терапия экстрапирамидных расстройств вызывает у некоторых больных-подростков переживания эйфории, к которым они начинают

197

Раздел VI Частные темы молодежь и пожилые

стремиться, и в итоге некоторые пациенты симулируют экстрапирамидные симптомы с целью получения этих лекарств. В детском и подростковом возрасте возникновению шизофрении часто предшествуют проблемы с вниманием и учебой, с которыми пытаются справиться с помощью стимулирующей терапии. Таким образом, в контексте развития шизофренического процесса вновь возникают возможности для злоупотребления психоактивными веществами и развития лекарственной депрессии (9).

Злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами

По сравнению с другими сверстниками, подростки, особенно мужского пола, злоупотребляющие психоактивными веществами, чаще совершают суициды с использованием огнестрельного оружия. Создается впечатление, что подростковые суициды связаны с хроническим характером злоупотребления у лиц, избегающих лечения. В одном исследовании оно описано, по крайней мере, за девять лет до самоубийства

Употребление психоактивных веществ с целью самолечения тревоги и подавленности, часто сопутствующих психическому кризису, могут провоцировать суицид у подростков, которые переживают стыд, унижение и крушение планов и надежд. Высказываются предположения, что подростки могут прибегать к психоактивным веществам для поддержания смелости во время совершения суицидальной попытки или самоубийства. Кроме того, опьянение может привести к ослаблению рассудительности и снижению контроля и таким образом ускорить суицидальное поведение (1).

Расстройства пищевого поведения

Недавно получены подтверждения отчетливого повышения суицидального риска у девочек-подростков с такими расстройствами пищевого поведения, как анорексия и булимия.

Психологические черты подростков, совершивших суицидальную попытку

Импульсивность

Важное открытие было сделано Шаффером и др., установившими, что наиболее частым предшественником самоубийства у подростков

198

Глава 21 Алан Аптер Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи является сочетание симптомов депрессии и антисоциального поведения. Агрессивность и эмоциональная нестабильность, свойственные пограничному расстройству личности, могут быть важными коррелятами суицидального поведения у подростков, особенно в сочетании с депрессией. Импульсивность часто описывается как фактор риска суицида и личностная черта молодых суицидентов. Установлено, что недостаточный контроль над побуждениями импульсов молодых людей, совершивших суицидальную попытку, отличает их от сверстников с каким-либо острым заболеванием. Тем не менее, импульсивность не является обязательной чертой для всех суицидентов, поскольку сравнительные исследования групп не выявили различий в измерениях когнитивной импульсивности между суицидальными пациентами и контрольной группой. В то же время импульсивность может оказаться важной при идентификации подгрупп повышенного риска (7).

Злость

Многие авторы отмечают, что злость является эмоциональным состоянием, часто связанным с суицидальными попытками у подростков. В приемном покое они часто рассказывают о сильной злости, которую переживали перед совершением попытки; кроме того, у них часто наблюдается обширный спектр проявлений агрессивного поведения. Однако этой теме посвящено очень мало эмпирических исследований. Пфеффер описала злобно-агрессивный подтип суицидального поведения у детей, отметив, что чувства злости являются обычными для всех детей, направленных на психиатрическое освидетельствование (12).

Тревога

Тревога является важным фактором риска суицидального поведения у молодежи. По сравнению с амбулаторными психиатрическими пациентами, суициденты отличаются более высоким уровнем тревоги. В большой выборке подростков (13) установлена существенная связь между тревожными расстройствами и суицидальными попытками у лиц мужского пола. В исследовании голландской молодежи выявлены существенно более высокие уровни и черты тревоги у лиц, совершивших суицидальную попытку (из них половина были психиатрическими пациентами, а другая — студентами высшей школы), по сравнению с депрессивными сверстниками без суицидальных попыток (студентами высшей школы).

199

Раздел VI Частные темы: молодежь и пожилые

Психодинамические аспекты суицидального поведения у молодежи

Мы живем в мире, в котором повсеместно сталкиваемся с очевидностью

конфликта. Люди живут в опасности, порожденной болезнями, происшествиями, дикими зверями, бактериями, пагубными силами природы и мстительностью других людей. Казалось бы, перед лицом этих превосходящих со всех сторон угроз людям следует объединиться в универсальное братство осажденного человечества. Однако дела обстоят совсем иначе. Вместо этого мы сталкиваемся с врагом за линией фронта, с одной из сил, угрожающих нашему существованию — саморазрушением, необычайной склонностью человека к объединению с внешними силами в атаке против собственного существования. Люди говорят, что хотят жить, быть свободными и счастливыми, но жертвуют собой для причинения вреда другим и тратят время и силы для сокращения жизни других людей. Более того, некоторые при недостатке объектов для разрушения поворачивают оружие против себя. Эти наблюдения привели Фрейда к открытию инстинкта смерти, сильного побуждения к саморазрушению, которое с момента рождения существует у всех людей. Это побуждение может привести к суициду лишь в исключительных случаях, поскольку у человека ему одновременно противостоит конструктивная внутренняя сила жизни.

Теория психоанализа предполагает, что на бессознательном уровне, возможно, существует отношение к телу как к чему-то чуждому, или словно оно содержит еще какое-то тело. Последний феномен называется интроекцией, поскольку личность, с которой возникает интенсивное отождествление, оказывается интроецированной в человека. Таким образом, любое желаемое отношение к другому человеку теперь можно применить к самому себе. И, соответственно, этот поворот враждебных чувств против себя служит психологически полезному вытеснению неприемлемых желаний (например, отношения к своему телу, как к «вышвыриваемой кошке») (14, 15). Меннингер предположил, что в основе всего агрессивного поведения лежит динамическая триада, направленная внутрь или вовне: желание умереть, желание убить и желание быть убитым. Таким образом, многие самоубийства молодых людей представляют собой месть родителям, поскольку подросток оказывается слишком испуганным или испытывает чрезмерное чувство вины, чтобы убить кого-либо еще.

200

Глава 21. Алан Аптер Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи

Одной из важных психодинамических особенностей молодых суицидентов является нарциссическое расстройство, при котором идеальное эго юноши считает неприемлемым даже «крик о помощи». Результаты недавней психологической аутопсии мужчин-солдат 18 — 21 года свидетельствуют, что немало адаптированных и успешных молодых людей совершают необъяснимые суициды после незначительных неудач. Кроме того, многие из них отличались «замкнутостью» и установкой на «проявление твердого характера», что не позволяло им жаловаться или просить о поддержке. «Крик о помощи» является более частым у лиц женского пола, и этот факт отчасти объясняет характерность суицидальных попыток для них и завершенных самоубийств — для юношей (16).

Клиническая оценка суицидального риска

Состояние суицидальной молодежи следует подвергать полноценной психиатрической и психологической оценке. В большинстве случаев после суицидальной попытки можно рекомендовать госпитализацию для осознания серьезности проблемы семьей и ребенком и обеспечения возможностей для адекватной оценки состояния, поскольку молодежь, доставленная в отделение скорой помощи, не отличается склонностью к лечению.

Часто первым обнаруживаемым фактом является чрезмерная импульсивная реакция на преходящие межличностные проблемы, за которой скрываются симптомы хронических проблем. Попытка со слабой летальностью скорее может быть индикатором просчета, чем показателем низкой степени

преднамеренности, поэтому важно оценить результаты, ожидавшиеся подростком от своей попытки. Из-за импульсивности или просчета в смысле степени летальности лицо с низкой степенью преднамеренности самоубийства или мотивацией привлечения внимания может отличаться более высоким суицидальным риском.

Обычно оценка состояния молодых людей требует времени, однако персонал скорой помощи способен лишь на скорую руку собрать сведения об обстоятельствах происшедшего и оценить наличие депрессии, и поэтому часто устанавливает ошибочный диагноз адаптационного расстройства. Следует тщательно собирать анамнез, касающийся импульсивности и проблем поведения. Этот подход является особенно важным у молодых людей, лишенных работы, уклоняющихся от учебы или отстающих. В анамнезе всех пациентов следует искать историю злоупотребления наркотиками или алкоголем, а также обращать внимание на проблемы идентичности и сексуальной ориентации (5).

20!

Раздел VI Частные темы' молодежь и пожилые

Поскольку по своей природе суицидальные намерения часто являются скрытыми, при первой беседе чрезвычайно важно установить доверительный контакт. Дети и подростки скорее будут взаимодействовать с заинтересованным и открытым клиницистом. Важно обеспечить конфиденциальность беседы, но обещания ее полноты остаются предметом выбора. Сохранению контакта с ребенком и повышению шансов на позитивное отношение к лечению способствует первоначальная беседа именно с ним или, если возможно, его присутствие при разговоре с родителями. Подробное описание форм дальнейшей оценки состояния, способов лечения и их связи с актуальными проблемами пациента может повышать склонность к лечению. Поскольку около половины совершивших суицидальную попытку обычно не приходят на первый врачебный прием, назначение времени и места встречи ребенка и семьи с будущим терапевтом может повысить частоту обращений.

Кроме опроса о суицидальных намерениях, отношении к смерти, недавних стрессах, доступности средств суицида, степени защиты в семье, предшествующих попытках и риске самоубийства необходима систематическая оценка психического состояния пациента. Следует выявить симптомы тяжелой депрессии, биполярного расстройства, протективно-демонстративного поведения (сопровождающегося импульсивностью и агрессией), злоупотребления алкоголем или психоактивными веществами или психотического состояния. Эти симптомы наряду с психологическими и психодинамическими особенностями личности молодого человека следует учитывать при составлении плана лечения (1, 12, 17—19).

Лечение

Оно должно включать в себя как неотложную терапию суицидального поведения, так и лечение сопутствующих психических расстройств (18—19).

Неотложная терапия

Основной проблемой терапии подростков-суицидентов являются трудности в осуществлении и полноценном завершении лечения (1, 4, 17, 20, 21). По-видимому, около половины молодых людей, совершивших суицидальную попытку, не получают в дальнейшем необходимой психотерапии. На планирование лечения могут влиять отказ родителей и их психопатологические особенности. Некоторые клиницисты пытаются решить эту проблему посредством направления всех подростков-

202

Глава 21 Алан Аптер Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи суицидентов в больницу общего профиля для краткой терапии и оценки состояния. Эта тактика широко используется в Израиле и недавно закреплена законом.

Поскольку сложности отношений в семье очень характерны для подростков, предпринявших суицидальную попытку, можно полагать, что продуктивным способом помощи является семейная терапия. Однако оказалось, что во многих случаях ее эффективность является серьезно ограниченной в силу большой частоты негативного отношения родителей, отражающегося в частых пропусках лечебных сеансов.

Недавно несколько экспертов попытались разработать систематическое «руководство» по терапии подростков-суицидентов, основанное на очевидной недостаточности у них способности разрешения проблем непосредственно после совершенной попытки. Некоторые из этих видов лечения показали свою эффективность в контрольных рандомизированных испытаниях (21—23).

Стационарное лечение

Клиницисты должны быть готовы к госпитализации суицидентов с устойчивым желанием смерти или признаками психических заболеваний до стабилизации их психического состояния или снижения выраженности суицидального поведения (17). В отделении скорой помощи с подростком-суицидентом и его семьей необходимо установить отношения доверия и обратить особое внимание на важность лечения. Перед выпиской следует разработать план назначений и последующей реабилитации.

Определенную пользу может принести заключение «антисуицидального контракта», в котором ребенок или подросток дает согласие воздерживаться от самоповреждений и сообщать кому-либо из взрослых о появлении суицидальных намерений, однако целиком на него полагаться не стоит. Он ни в коей мере не должен снижать бдительности клинициста или способствовать сокращению сроков наблюдения подростка. Кроме того, клиницисты должны помнить о возможности имитации суицидального поведения в условиях стационара (см. главу 31).

Выписка из больницы

Суицидальных подростков следует выписывать домой, только если у врача есть уверенность, что в течение ближайших нескольких дней им будут предоставлены необходимый уход и поддержка, и если люди, ответственные за воспитание, обеспечат отсутствие доступа к потенциально летальным препаратам и огнестрельному оружию. Врачу следует предостеречь ребенка или подростка и их родителей относительно

203

Раздел VI Частные темы молодежь и пожилые

опасного растормаживающего эффекта алкоголя и психоактивных веществ

В ближайшие после суицидальной попытки дни врач, занимающийся лечением суицидального подростка, должен быть доступен для него и семьи, ему важно обладать опытом лечения суицидальных кризисов и ресурсами собственной поддержки.

Если после посещения подростком первых сеансов психотерапии устанавливается сотрудничество с терапевтом, то, скорее всего, пациент продолжит лечение. Его продолжительность определяется индивидуально, однако терапию следует проводить на протяжении 3-6 месяцев с несколькими встречами в течение последующих одного-двух лет и при необходимости продлением времени наблюдения (!. 23).

Долговременное лечение

Психотерапия

Психотерапия — важная составная часть лечения психических заболеваний, связанных с суицидальным поведением. Ее следует адаптировать к индивидуальным запросам пациента. Вариантами психотерапевтических подходов являются когнитивно-бихевиоральная (21), межличностная (24), диалектическая бихевиоральная (8), психодинамическая (25) и семейные формы терапии (23).

Психофармакотерапия

Любое медикаментозное лечение, назначенное суицидальному ребенку, требует тщательного наблюдения третьего лица, и следует незамедлительно сообщать о любом изменении поведения или побочных эффектах в ходе лечения (26).

Литий

Лечение литием существенно снижает частоту самоубийств и суицидальных попыток у взрослых с биполярными расстройствами, а его прекращение влечет за собой обратный эффект. Разработаны клинические указания по оптимальным стратегиям терапии подростков, страдающих этими нарушениями.

Антидепрессанты

Трициклические антидепрессанты не являются препаратами первого выбора в лечении детей и подростков с суицидальными тенденциями. Они обладают потенциальной легальностью, поскольку диапазон

204

I wea 21 Алан Аптер Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи между их терапевтическими и токсическими дозами является очень небольшим; кроме того, они не показали особой эффективности при применении у детей и подростков.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина снижают выраженность суицидальных мыслей и частоту суицидальных попыток у взрослых лиц с расстройствами личности кластера В (пограничным, антисоциальным, истероидным, нарциссическим) без признаков депрессии. Они безопасны для детей и подростков, обладают низкой летальностью и эффективны в лечении у подростков депрессии без суицидальных тенденций. Для выявления влияния ингибиторов обратного захвата серотонина на суицидальное поведение и мышление у детей и подростков необходимы детальные исследования. Поскольку они могут вызывать расторможенность (особенно у пациентов с индуцированной этими препаратами акатизией — неусидчивостью с постоянным стремлением к движениям) и актуализировать суицидальные мысли у некоторого количества взрослых без суицидальных тенденций, при назначении этих средств детям и подросткам следует осуществлять тщательное наблюдение, в том числе за возникновением любых новых суицидальных мыслей или акатизии.

Анксиолитики

Медикаментозное лечение бензодиазепинами и фенобарбиталом, которое усиливает расторможенность или импульсивность, детям и молодежи следует назначать с осторожностью.

История болезни

Джон, 17 лет, был доставлен в подростковое отделение после приема 20 таблеток флуоксетина, назначенного ему для лечения депрессии. Он отмечал, что всегда чувствовал себя подавленным. В детском возрасте он страдал полнотой и часто становился в школе объектом насмешек со стороны сверстников. Кроме того, он сильно расстраивался из-за сложностей в учебе, что волновало его родителей, надеявшихся, что умный в общем ребенок станет для них источником гордости. Это обстоятельство особенно беспокоило отца, специалиста по компьютерам, пережившего крушение собственных планов стать инженером. С раннего возраста у Джона появились признаки протестного поведения. Он отличался непослушанием в школе и дома дерзил родителям. Он часто дрался с младшим братом, вспыльчивым и страдавшим расстройством дефицита внимания. С началом подросткового возраста поведение

205

Раздел VI Частные темы: молодежь и пожилые

Джона стало еще хуже. Он начал воровать, лгать, писать непристойные надписи на стенах школы и с вандализмом относиться к имуществу. Он стал

много курить и прогуливать занятия в школе. Ему удалось сбросить вес и стать привлекательным юношей, но к себе он относился как к уроду и страдал низкой самооценкой. Несколько попыток психологического лечения завершились неудачей из-за его негативного отношения. С 13 лет он начал выпивать и курить марихуану. Кроме того, дышал парами растворителей. К 14 годам он начал писать стихи и песни, пропитанные темами смерти и самоубийства. Музыку он мог слушать часами, особенно, «тяжелый металлический рок» и «трэш»*. Он чувствовал, что самоубийства Курта Кобейна и его школьного друга близки его духу. Окончательным толчком для его суицидальной попытки послужил разрыв с девушкой.

Во время осмотра в его внешнем виде обращали на себя внимание всклокоченные длинные волосы и множество сережек. Он вел себя злобно, вызывающим образом и был подавлен. В своих мыслях он был поглощен ненавистью к родителям, особенно отцу.

Ему поставили диагноз «двойной» депрессии (дистимии и тяжелого рекуррентного депрессивного расстройства), расстройства поведения, злоупотребления психоактивными веществами, расстройства дефицита внимания и специфического расстройства чтения. Кроме того, высказывалось предположение о наличии у него пограничного расстройства личности.

Вначале стационарное лечение характеризовалось на удивление существенным прогрессом, и у него сложились доверительные отношения с лечащим врачом, проходившим резидентуру по психиатрии. Однако когда тот, переходя на следующий цикл, был вынужден покинуть клинику, Джон очень разозлился, расстроился и решил выписаться. Поначалу попытки реабилитации обнадеживали, но вскоре появились новые аддиктивные привычки — в качестве самолечения депрессии он стал применять галлюциногены. Вскоре он вновь попросил о стационарном лечении, в больнице наблюдался период прогресса, пока однажды во время лечебного отпуска он не повздорил с матерью и не рассорился с подругой. После этих событий он принял большую дозу ЛСД (диэтиламида ли-зергиновой кислоты) и выбросился из окна пятого этажа своего дома.

Этот случай иллюстрирует многие факторы суицидального риска у подростков: наличие психического заболевания, злоупотребление алко-

* Трэш trash (англ.), букв. - мусор: направление в современной молодежной музыке. Прим ред.

206

Глава 21. Алан Аптер Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи и психоактивными веществами, расстройство поведения и проблемы общения в семье. Кроме того, в этих случаях расстройство личности и негативное отношение к терапии создают дополнительные затруднения в лечении.

Библиография

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1998; 37 (Suppl. 10):63S–83S.
2. Diekstra R.F. The epidemiology of suicide and parasuicide. Ada Psychiatr. Scand 1993; 371(suppl.): 9–20.
3. Fergusson DM., Lynskey M.T. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. J. Am Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1995; 34:1308–1317.
4. Clark D. Suicidal behavior in childhood and adolescence: recent studies and clinical implications. Psychiatr. Ann. 1993; 23:271–283.
5. Garofalo R., Wolf R.C., Wissow L.S., et al. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1999; 153:487–493.
6. Erikson E.H. Identity and the life cycle. New York: W.W. Norton; 1980.
7. Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., et al. Psychiatric diagnosis in child and

adolescent suicide. Arch. Gen. Psychiatry. 1996; 53:339—348.

8. Linehan MM. Cognitive behavior therapy of borderline personality disorder. New

York: Guilford Press; 1993.

9. Marttunen M., Aro H., Henriksson M., Lonnqvist J. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. Arch. Gen. Psychiatry. 1999; 48:834—839.

10. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1993; 32:521—529.

11. Gould M.S., King R., Greenwald S., et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1998; 37:915-923.

12. Pfeffer C.R. The suicidal child. New York: Guilford Press; 1986.

13. Ohring R., Apter A., Ratzoni G., et al. State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1996; 35:154—157.

14. Menninger K.A. Man against himself. New York: Harcourt, Brace and Company; 1938. Рус. пер.: Меннингер К. Война с самим собой / Пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.

207

Раздел VI Частные темы: молодежь и пожилые

15. King R.A., Apler A. Psychoanalytic perspectives on adolescent suicide. Psyclwanal. Study Child 1996; 51:491-511.

16. Apler A., Bleich A., King R.A., et al. Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. Arch. Gen. Psychiatry 1993; 2:138—142.

17. Brent D.A. The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. Child Psycho/. Psycluatr Allied. Disciplines. 1997; 38:277—286.

18. Rotheram-Boms M.J., Piacentini J., Van Rossem R., et al. Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1996; 35:654—663.

19. Spinto A. Individual therapy techniques with adolescent suicide attempters. Crisis 1997; 18:62-64.

20. Herman A.L., Jobes D.A. Treatment of the suicidal adolescent. Death Studies 1994; 18:375-389.

21. Brent D.A., Holder D., Kolko D., et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Arch Gen. Psychiatry. 1997; 54:877-885.

22. Kruesi M.J., Grossman J., Pennington J.M., et al. Suicide and violence prevention: parent education in the emergency department. J. Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry. 1999; 38:250-255.

23. Harrington R., Kerfoot M., Dyer E., et al. Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1998; 37:512—518.

24. Mufson L., Weissman MM., Moreau D., Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56:573—579.

25. Kernberg P. Psychological interventions for the suicidal adolescent. Am. J. Psychother. 1994; 48:52—63.

26. Montgomery S.A., Montgomery D. Pharmacological prevention of suicidal behaviour. J Affect Disord. 1982; 4:291—298.

208

22

Самоубийство в пожилом возрасте

Диего де Лео, Гайа Менегел

Введение

В большинстве стран, снабжающих своей демографической статистикой Всемирную организацию здравоохранения, у пожилых людей отмечается более высокий уровень самоубийств, чем у молодых, и, как правило, с увеличением возраста среднежизненный риск суицида и желание умереть находятся в позитивной корреляции (1, 2). Мысли о самоубийстве в старости имеют свои особенности. До сих пор существует тенденция рационализировать суицидальное мышление и поведение у пожилых и рассматривать их самоуничтожение как результат хорошо взвешенной оценки «за» и «против». На самом деле у пожилых, как и в любой другой возрастной группе, суицид является иррациональным выбором и реакцией на серьезный психологический кризис, связанный с психическими и соматическими расстройствами, неадекватными условиями жизни, одиночеством и чувством никчемности.

Эпидемиология и особенности суицидального поведения в позднем возрасте Самоубийства

Несмотря на существенные национальные и культурные различия, частота самоубийств у пожилых обычно выше, хотя она различается от нации к нации. За пять лет с 1989 по 1993 год средний уровень самоубийств у пожилых в Европе составил 29,3 на 100 000 населения (3). За это же время в США их частота находилась в пределах 19,7 на 100 000 населения (против 14,9 на 100 000 у взрослых в возрасте 25 — 44 лет) (4).

Суициды преобладают у «очень старых» и особенно в западном мире являются наиболее характерными для мужчин (5). Эти данные

209

VI Частные темы молодежь и пожилые

контрастируют с повсеместно плохим психическим и соматическим здоровьем и социальным статусом старых женщин, а также большим уровнем бедности, вдовства и брошенности в силу большей продолжительности жизни (6). Протективными факторами могут быть:

- большая способность к адаптации, чем у мужчин;
- более прочные социальные связи;
- большая независимость в повседневной активности и
- выраженное чувство полезности в связи с обязательствами перед детьми и внуками.

В большинстве случаев самоубийства в позднем возрасте совершают дома в одиночестве. Пожилые люди реже оставляют суицидальные записки, обычно при наличии отчетливого решения, ясного намерения, рефлексии и эмоциональной отчужденности. У пожилых мужчин, совершающих повторные попытки суицида, отмечаются проблемы общения (4).

Суицидальные попытки

Суицидальные попытки (парасуициды) у пожилых являются редкими, но если они происходят, то представляют собой очень важный индикатор риска самоубийства (7). Низкий уровень парасуицидов у пожилых можно объяснить большим желанием умереть и стремлением к фатальному завершению задуманного действия. В этом контексте парасуициды в большей мере следует рассматривать как «неудавшиеся» самоубийства, нежели «крик о помощи», как у многих молодых людей. Это обстоятельство наделяет большей негативной прогностической значимостью предшествующие парасуициды в истории жизни пожилых пациентов, по сравнению с другими возрастными группами. Описанные факты стали предметом дискуссии, что изучение парасуицидов в позднем возрасте способствовало бы более отчетливому пониманию феномена самоубийства и его превенции.

В соответствии с результатами исследований различных выборок, проведенных в разное время, в пожилой популяции мысли о смерти и суицидальные намерения соответственно присутствовали с частотой 15,9 и 2,3% (8).

Поскольку в подавляющем большинстве самоубийств в позднем возрасте не отмечено истории предшествующего суицидального поведения, выявление лиц с суицидальными мыслями и взаимодействие с ними может представлять особое значение. Хотя суицидальное мышление выделяют в качестве важного прогностического фак-

210

Глава 22 Диего де Лео, Гайа Менеге/ Самоубийство в пожилом возрасте
тора самодеструкции, его идентификации у пожилых препятствуют ангедония, усталость от жизни и желание смерти. В настоящее время остается неясным, являются ли упомянутые факторы отдельными явлениями или представляют собой различные уровни тяжести единого феномена.

Сложности в оценке распространенности суицидального поведения в позднем возрасте

В позднем возрасте феномен самоубийства довольно часто недооценивают. Родственники могут скрывать случаи сведения счетов с жизнью по культуральным причинам (например, из-за страха бесчестия) или соображениям, связанным с получением страховки. В других ситуациях самоубийство не регистрируют, пока оно не доказано, и смерть относят к естественным причинам или несчастному случаю. Это обстоятельство особенно применимо к неясным дорожным происшествиям или домашним смертям, при которых скорее поверят тому, что пожилого человека унесла внезапная непредсказуемая болезнь, чем тому, что он покончил с собой. Другая вводящая в заблуждение форма суицидов представлена смертью, вызванной косвенными методами; ее распространенным примером у стариков является «суицидальная эрозия» (9). Подобное поведение состоит в отказе от еды (ведущего к медленной, но явной голодной смерти), поддерживающего жизнь лечения (например, инсулиновой терапии) или постоянном употреблении алкоголя и психотропных препаратов. В последние годы во многих странах свой вклад в высокий уровень самоубийств могли вносить недостаточная культура обращения общества со стариками и дефицит социальных служб. Более того, существенное уменьшение «спонтанных» источников социальной поддержки (расширенной семьи, состоящей из трех поколений) могло спровоцировать недавнее разрушение семейных структур, которое не удалось заменить социальной помощью или навыками обращения с возрастными изменениями.

Не исключено, что в связи со «старением» человеческой популяции и существенным увеличением средней продолжительности жизни абсолютное число суицидов в позднем возрасте будет увеличиваться.

211

Раздел VI Частные темы: молодежь и пожилые

Факторы высокого суицидального риска в позднем возрасте

Психопатология

Депрессия

Психические заболевания представляют собой наиболее важный фактор суицидального риска в позднем возрасте. У более чем 75 % пожилых самоубийц на момент смерти был установлен тот или иной психиатрический диагноз. Большинство из них (50-87 %) страдали депрессией, особенно характерной для «очень старых». У пожилых лиц, злоупотребляющих алкоголем, высокий риск суицида возникает после присоединения депрессии. Они используют алкоголь в качестве неудачного способа адаптации к окружающей обстановке; иногда он является составной частью какого-либо суицидального метода, усиливая действие препаратов или снижая контроль поведения.

Тревожные расстройства

Частота тревожных и личностных расстройств у пожилых суицидентов остается неясной. Пожилые люди с тревожными расстройствами подвержены

повышенному суицидальному риску, особенно при тревожно-депрессивном синдроме (4). Проведенная в 1997 году де Лео психологическая аутопсия 15 случаев больничных самоубийств (в гериатрических палатах клиники общего профиля) выявила выраженную тревожность у большинства пациентов. Кроме того, 12 из 15 суицидов были совершены утром, особенно ранним утром, когда обычно тревога достигает своего пика (10). Частота расстройств личности в позднем возрасте была существенно ниже, чем у молодых людей.

Психозы и деменция

Небольшое количество пожилых самоубийц страдали шизофренией или парафренией. Частота этих расстройств (6-17 %) среди них заметно выше, чем в общей популяции лиц позднего возраста.

Деменцию очень трудно отыскать в перечне сопутствующей психопатологии при самоубийствах. Некоторые авторы предполагают, что наличие спутанности сознания может объяснить некоторые неудачные суицидальные попытки у пожилых. Кроме того, на ранних стадиях деменции у пациентов могут возникать суицидальные мысли, но ухудшение когнитивного функционирования предотвращает реализацию суицидальных действий (11).

212

Г шва 22. Диего де Лео, Гайа Менегел Самоубийство в пожилом возрасте

Соматические заболевания

В момент самоубийства 65 % пожилых страдали хронической соматической патологией и 27 % — тяжелым хроническим длительным заболеванием (4). Поскольку эти состояния влияют на автономию и навязывают новый стиль жизни, они могут вызвать симптомы депрессии, беспомощности и безнадежности и обусловить недоверие к некоторым видам терапии, особенно у мужчин и «очень старых». Неверие в медицинскую помощь и нескончаемые страдания из-за соматической патологии часто обнаруживают у пожилых суицидентов (4). Тем не менее, устойчивое присутствие клинической депрессии или иной психической патологии (например, злоупотребления психоактивными веществами) предполагает, что одно соматическое заболевание без сопутствующей психопатологии не может привести к суициду. В этом смысле весьма важными являются следующие особенности: наличие определенных черт личности, обусловленных отчетливо фрустрированной потребностью в активности и независимости, история депрессии и враждебных чувств или замкнутый, пассивный характер (12). Важным аспектом риска суицида, связанным с соматическими заболеваниями, являются чувства и страхи пациента по поводу болезни даже при ее отсутствии (13).

Терминальное заболевание и рак

Важность сопутствующих соматических и психических расстройств в происхождении суицидального поведения отчетливо демонстрируют случаи самоубийств у больных раком или обеспокоенных его возможностью. Они частично уменьшают силу представлений о том, что суицид является «рациональным» выбором соматически больного старого человека.

Недавние исследования показывают возрастание частоты самоубийств у больных раком, особенно среди мужчин и в течение двух лет после установления диагноза (14). Остается неясным, является ли психопатология основным элементом, обусловленным соматическим заболеванием, или его следствием, подобным органическим расстройствам настроения (в силу метастатического эффекта или его отсутствия) или побочным действиям фармакотерапии.

Условия и события жизни

Среди самоубийц, особенно мужчин, чаще встречаются овдовевшие, одинокие и разведенные люди (3). Относительно низкую частоту

213

самоубийств среди женатых можно связать не только с ресурсами близости, но и с возможностямиотреатирования агрессии в браке

Выход на пенсию не относится к важным факторам суицидального риска за исключением случаев его неожиданности, бесповоротности и насильственное™, особенно у белых мужчин-«молодых стариков» и лиц с недостатком гибкости в преодолении ролевых изменений или адаптации к медицинской и социальной поддержке, а также к новому стилю жизни после отставки (14).

Ближе к старости стрессовыми событиями жизни очень часто становятся тяжелые утраты. Смерть близких родственников и друзей является наиболее важным фактором, ускоряющим суицид. Более высокий риск отмечается в случае смерти супруга, особенно внезапной; и большему риску подвержены мужчины. Кроме того, к факторам риска относятся амбивалентные семейные отношения, эмоциональная зависимость и недостаточность социальной поддержки у горюющих после утраты, вера в жизнь после смерти и, наконец, злоупотребление алкоголем. Особенно высоким суицидальный риск остается в течение первых шести месяцев после тяжелой утраты (14).

Биологические факторы

Биологические основы суицидального поведения описаны Манном и Аранго в главе 3. Исследования старения мозга свидетельствуют об изменениях синаптической проводимости и систем нейромедиации, таких как снижение содержания дофамина и норадреналина в различных зонах стареющего мозга и усиление активности моноами-нооксидазы. Существуют большие расхождения во мнениях относительно изменений в серотонинергической системе у пожилых, поскольку в ряде работ установлена достоверная обратная корреляция между возрастом и уровнями серотонина в некоторых структурах мозга (мосте, гипоталамусе, черной субстанции и мозжечке), а другие исследования указывают даже на повышение уровня серотонина в продолговатом мозге. Можно предположить, что поскольку существует естественное, обусловленное возрастом снижение активности некоторых нейронов и нейромедиаторных систем, оставшиеся функциональные нейроны одновременно компенсируют активность путем фоновой стимуляции. Ее успешность, видимо, является недостаточной. Таким образом, большая уязвимость пожилых в отношении депрессии и, в частности, суицидального поведения может зависеть от дефектного

214

/ шва 22
Диего де Лео, !айа Менегея Самоубийство в пожилом возрасте
щеханиша компенсации, который ведет к появлению и хронизации
психопатологического процесса (15)

Кроме того, высказывалась гипотеза, что ухудшение регуляции в системе гипоталамус-! ипофиз-надпочечники и изменения суточного ритма, свойственные для позднего возраста, в свою очередь могут играть роль в возникновении суицидального поведения у пожилых (15)

Интервенция и превенция суицидального поведения в позднем возрасте

Первичная превенция

Первичная превенция направлена на лиц с отсутствием актуальных суицидальных чувств. Ее целью является улучшение качества жизни пожилых и снижение риска травматических воздействий в будущем.

Важные структурные интервенции включают улучшение экономического статуса пожилых людей, создание обширной доступной сети социальной поддержки, постоянный контроль и улучшение состояния психического и соматического здоровья.

Вторичная превенция

Целью вторичной превенции является выявление и ликвидация факторов, влияющих на суицидальное поведение.

Программы суицидальной превенции и службы психического здоровья

недостаточно охватывают пожилых самоубийц. Тому есть немало причин: от недостаточной информированности о деятельности подобных служб и убежденности относительно их дороговизны до низкой степени доверия пожилых к каким-либо агентствам или учреждениям (12).

Была предпринята попытка преодоления негативного отношения пожилых людей к центрам телефонной помощи путем создания централизованных программ поддержки. Одной из них является итальянская служба «Tele-Help/Tele-Check» («Телефонная помощь и контроль») в Венеции (16). «Tele-Help» («Телефонная помощь») состоит из портативного устройства, которое в случае необходимости позволяло владельцу посылать сигналы тревоги, приводящие в действие предварительно созданную сеть поддержки и помощи. В «Tele-Check» («Телефонный контроль») представители обученного персонала дважды в неделю общаются с каждым клиентом для отслеживания его состояния с помощью

215

Раздел VI Частные темы молодежь и пожилые

краткого сбора информации и обеспечения эмоциональной поддержки. Кроме того, в любое время клиент сам может позвонить в центр по любой причине. Служба составляет список клиентов на основе запросов местных социальных работников или врачей общей практики, выявляющих пожилых людей, нуждающихся в дополнительной помощи на дому. Поскольку у пожилых людей, попавших в поле зрения исследователей, обнаружены многие традиционные факторы суицидального риска, можно предположить, что эта служба весьма способствует превенции у них самоубийств. Спустя 10 лет работы в популяции пожилых людей, проживающих дома, численностью 20 000 человек, ее деятельность совпадает со статистически значимым снижением частоты ожидаемой смертности вследствие самоубийства среди женщин. Это обстоятельство можно объяснить разными факторами, включая большую склонность женщин к обсуждению своих сокровенных чувств и получению эмоциональной поддержки. Мужчины отличаются меньшей склонностью к выражению своих эмоций, и их, возможно, не совсем правильно включают в терапевтические проекты, основанные на вербализации страдания. Таким образом, вероятно, мужчины в состоянии депрессии и суицидального риска довольно часто выпадают из сферы адекватной диагностики и лечения (17).

Хорошие результаты были получены в США после создания круглосуточных линий помощи. В дополнение к обеспечению ослабленных, одиноких и не покидающих дома стариков психологической поддержкой телефонных служб, они могут рассчитывать и на очные визиты для ослабления их изоляции и своевременного распознавания сигналов о помощи. Вероятно, для пожилых, особенно одиноких и страдающих инвалидизирующей патологией, наиболее полезными являются очные встречи на дому или в учреждениях (14).

Третьичная превенция

Третьичная превенция состоит в работе с переживающими утрату после самоубийства. Каждый суицид старого человека в среднем становится причиной кризиса у шести человек: супруга, братьев или сестер и сверстников, а также детей, внуков и близких родственников (14). Интервенцию, направленную на проработку острого горя, следует обращать ко всем пережившим суицид, хотя доказано, что больше всего в ней нуждается супруг/супруга того же возраста из-за угрозы высокого суицидального риска (14; см. также главу 28)

216

/ иеа 22. Диего де Лео, Гаиа Менегел Самоубийство в пожилом возрасте

История болезни

«Дорога жизни» для пожилого человека

На момент суицидальной попытки г-н Б., 77 лет, в течение 3 месяцев был

вдовцом. В силу ампутации ноги из-за неизлечимых сосудистых проблем он страдал функциональной беспомощностью. Обе его дочери жили далеко, в других городах.

После смерти матери они каждую неделю стали посвящать половину дня уходу за отцом. Кроме того, через частное агенство они организовали уборку квартиры и приготовление пищи. После серьезной суицидальной попытки г-на Б. они по совету семенного врача потребовали срочного подключения его дома к службе «Tele-Help/Teie-Check».

Г-н Б. предпринял суицид, уронив в ванну радио и пытаясь убить себя электрическим током. После трех недель стационарного лечения его выписали, назначив 100 мг сертралина (Золофта) в день, и рекомендовали посещения социального работника дома, по крайней мере, раз в неделю.

У г-на Б. не отмечалось истории предшествующих психических расстройств. Ушедший на пенсию «синий воротничок» (производственный рабочий), он не имел друзей или особенных увлечений, и проводил большую часть времени за телевизором. Раньше он играл в карты со своей женой. Он был против идеи установки системы «Tele-Help/Tele-Check» из-за опасений, что дочери совсем забудут его.

В течение первого месяца после подключения он дважды звонил в службу. В обоих случаях отмечались серьезные суицидальные мысли. На данный момент он подключен к службе в течение двух лет. От оператора «Tele-Help/Tele-Check» раздаются в среднем три контрольных звонка в неделю, наполненных эффективным и поддерживающим общением.

Библиография

1. Bt now S, Linden M. Suicidality and tiredness of life among very old persons: results from the Berlin Aging Study (BASE). *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;3:171-182.

2. World Health Organization. *Figures and Facts about Suicide*. Geneva: World Health Organization, 1999.

3. De Leo D, Padoam W, Scocco P, et al. Elderly suicidal behaviour results from the WHO/EURO Multicentric Study on Parasuicide. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:310-316.

2)7

Раккл VI. Частные темы: молодежь и пожилые

4. Shah A K, De T. Suicide and the elderly. *Int J. Psychogeriatr* 1998;2:317.

5. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis* 1999;20:53-55.

6. Canello S S. Gender and suicide in the elderly. *Suicide Life Threat. Behav* 1992;22:80-97.

7. Schmidtke A., Bille-Brahe U, De Leo D., et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scand.* 1996;93:327-338.

8. Scocco P, Meneghel G, Dello Bitonto A, et al. Suicidal ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *J. Nervous Mental. Dis* 2001;189:210-218.

9. De Leo D, Diekstra R. *FIV Depression and suicide in late life*. Toronto: Hogrefe and Huber; 1990.

10. De Leo D. Note sui comportamenti suicidari di anziani in ospedale generale [Considerations on suicidal behaviour of general hospital elderly inpatients]. *Ital. J. Suicidal.* 1997;7:49-51.

11. De Leo D. Dementia, insight, and suicidal behavior. *Crisis* 1996;17:147-148.

12. McIntosh J.L., Santos J R, Hubbard R. W., et al. *Elderly suicide research, theory and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.

13. De Leo D., Mickey P., Meneghel G., et al. Blindness, fear of blindness and suicide. *Psychosomatics* 1999;40:339-344.

14. Steffens D C, Blazer II G. Suicide in the elderly. In: Jacobs D.G. (ed). The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1999.

15. Rifui A.H., Reynolds C.R. Mann J.J. Biology of elderly suicide. Suicide Life Threat. Behav. 1992;22:49-61.

16. De Leo D., Carollo G., Dello Buono M. Lower suicides rates associated with Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. Am. J. Psychiatry. 1995; 152:632-634.

17. De Leo D., Dello Buono A., Dwyer J. Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. Br. J. Psychiatry. 2002, 181. 226-229.

218

Раздел VII. Превенция

23

Стратегии в области суицидальной
превенции

Данута Вассерман

Отношение к человеку, склонному к суициду

Самоубийство можно предотвратить, но для различных групп суицидальных личностей требуются разные подходы (1). В предыдущих главах были описаны факторы и ситуации риска, а также возможные варианты лечебных мероприятий. Однако недостаточно охарактеризовать подходы к лечению суицидальное™, не уделив внимания сильным чувствам и эмоциям, которые самоубийство пробуждает у тех, кто оказывает помощь. Эти чувства в отношении человека, совершившего самоубийство или суицидальную попытку, могут колебаться от сострадания и вины до страха и отвержения, поскольку эти действия бросают открытый вызов инстинкту самосохранения, который остается сильным у большинства людей.

Многие молодые люди, а также те, кто никогда не испытывал суицидальных мыслей и психических расстройств, склонны интерпретировать самоубийство как действие, отражающее свободу выбора и контроль человека над жизненной ситуацией. Правда, однако, состоит в том, что в большинстве случаев суицидальные поступки возникают в ситуациях, когда жизнь становится невыносимой, и все происходящее воспринимается как не поддающееся личному контролю. В подобной ситуации философские рассуждения о праве человека на самоубийство могут выглядеть насмешкой и невниманием к тому, кто находится на грани саморазрушения, кроме того, они ставят занимающегося этой проблемой профессионала-медика в сложное положение. Для человека с недостаточными знаниями в области суицидологии подобная «философская» позиция может стать предлогом для невмешательства в ситуации,

219

Раздел VII Превенция

когда кто-то проявляет суицидальность, и обосновать свое бездействие уважением личности человека и его правом на самоопределение. Подобная точка зрения может привести к пассивности работников здравоохранения и, в свою очередь, оказать негативное влияние на пациентов и их родственников.

Табу как механизм психологической защиты

Существующее до настоящего времени во всем мире строгое табу на самоубийство и дисфесс, который оно вызывает на протяжении всей истории, создают сложности и препятствия для открытого научного анализа этого феномена. До сих пор самоубийство связано с чувствами бесчестия, стыда и вины. В результате его пытаются скрыть, что лишь усиливает восприятие суицида как некоей предопределенности, которую невозможно предотвратить или излечить (оказать помощь).

Вина (индивидуальная или коллективная), которую мы испытываем из-за того,

что среди нас есть люди, у которых отсутствует желание жить, приводит к отсутствию отклика на суицидальные послания и к склонности отрицать очевидный факт: в большинстве случаев эти послания являются сознательным или неосознанным криком о помощи. Обычно суицидальное сообщение актуализирует у адресата собственные далекие от комфорта мысли о смерти и смысле жизни. Обычным механизмом психологической защиты становится стремление держаться вдали от проблем, вызывающих сильные негативные чувства и мысли. Поэтому в суматохе повседневной жизни главное желание большинства людей — избежать, по возможности, контакта с подобными проблемами. Однако как профессионалы мы должны прилагать усилия для четкого понимания проблем, связанных с самоубийством, а также осознавать их возможное влияние на нас при выполнении профессиональных обязанностей.

Программы суицидальной профилактики

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Организация Объединенных Наций предлагают проекты стратегий по предотвращению самоубийств, кроме того, сегодня существуют несколько национальных программ суицидальной профилактики (2—4). ВОЗ опубликовала серию документов по предотвращению самоубийств в психиатрических учреждениях и больницах общего профиля, школах и исправительных учреждениях, для лиц, переживших суицид (т.е. тех, кто стал его

220

свидетелем), а также рекомендации по освещению самоубийств в средствах массовой информации (5).

Стратегии суицидальной профилактики

В работе по суицидальной профилактике мероприятия можно осуществлять в рамках системы здравоохранения либо направлять их на общество в целом (рис. 23.1). Хотя различные формы психиатрического лечения имеют наилучший установленный эффект предотвращения суицидов, необходимо прилагать усилия по профилактике на ранних стадиях.

Перспективы системы здравоохранения

Цель I Стратегия

- Повышение качества услуг здравоохранения ■ Улучшение диагностики психических заболеваний, таких как депрессия, психозы, злоупотребление и зависимость от алкоголя и наркотиков, распознавание и оценка психосоциальных факторов стресса

- Повышение сознательного отношения работников здравоохранения к профилактике самоубийств и психическим заболеваниям
- Адекватное лечение последующее

наблюдение и реабилитация психически больных, суицидентов и лиц в кризисном состоянии

Группы-мишени Все население, в частности специфические сферы, такие как школа, рабочие места, организации, домашние условия, воинская служба, политические круги и т.д.

Группы-мишени

- Пациенты
- Родственники
- Медицинский персонал
- Политические деятели
- Руководители

Цель/Стратегия Реализация стратегий в плане социального обеспечения, образования школ и рабочих мест, психического здоровья, профилактики алкоголизма, наркомании и т.д.

Повышение уровня знаний посредством образования общества по

направлениям суицидальное поведение и меры по его предотвращению и — раннее распознавание, профилактика и лечение психических заболеваний — хронический психосоциальный стресс вызванный бедностью, безработицей, насилием и тд

— защитные внешние факторы психического здоровья — хорошая семья

— хорошие взаимоотношения

— хорошие условия в школе и на работе

— хорошее питание сон освещение физическая активность

— окружение свободное от наркотиков и тд

• Изменение негативного отношения общества

к психическим заболеваниям и превенции саубийств

• Контроль доступа к средствам суицида

• Ответственное отношение со стороны СМИ

Перспективы общественного здоровья

Рис. 23.1. Стратегии предотвращения самоубийств

22!

Рейдеi VII Превенция

суицидального процесса, и желательно, чтобы оба направления деятельности шли рука об руку для достижения максимального эффекта.

Подход в рамках системы здравоохранения

Если усилия по суицидальной превенции начинаются с помощью информационных кампаний, то выявляется немало новых людей и групп, нуждающихся в помощи. Персонал психиатрических лечебниц, особенно при нехватке знаний и ресурсов для обеспечения надлежащей помощи нуждающимся, может утратить веру в свои силы. Его неудовлетворенность может оказать неблагоприятное влияние на суицидентов, которые в силу своей уязвимости, чувствительности и ранимости могут почувствовать отвержение при встрече с неподготовленным персоналом. Некачественное наблюдение может увеличить риск суицидальных действий, поскольку не только стремление суицидентов к получению помощи и способность ее принятия определяет приостановку суицидального процесса или его завершение суицидальной попыткой или самоубийством. Течение этого процесса также зависит от способности других людей, в том числе медицинского персонала, распознавать нужды суицидентов и обеспечивать им адекватную помощь и лечение.

В связи с изложенным работа нашей группы в Шведском Национальном Центре исследования суицидов и профилактики психических заболеваний, как и деятельность по предотвращению самоубийств во многих других странах, ориентируется на определенные группы риска. При этом используется трехфакторная стратегия суицидальной превенции, направленной на общество в целом. Она состоит из следующих мероприятий:

— идентификация групп риска;

— повышение качества диагностики и лечения суицидальных пациентов, включая тех, кто предпринимал суицидальную попытку; и

— обеспечение оптимальной реабилитацией лиц, пытавшихся совершить самоубийство.

До настоящего времени адекватное лечение психических заболеваний в психиатрических учреждениях и врачами общего профиля является одной из самых проверенных и испытанных стратегий в снижении суицидального риска.

222

Глава 23 Данута Вассерман Стратегии в области суицидальной превенции

Подход, направленный на общественное здоровье

Психосоциальная поддержка

Современное общество развивается по пути, предоставляющему человеку все

большую ответственность за собственную жизнь и развитие личности, в том числе предлагающему почти неограниченный доступ к знаниям благодаря интенсивному развитию информационных технологий. В то же время множество людей пребывают в изоляции и не имеют достаточной поддержки в ближайшем окружении. Многие страдают, переживая экзистенциальные кризисы и одиночество, и могут сделать вывод о бессмысленности жизни и увидеть в самоубийстве единственный выход из создавшегося положения.

Суицидальная превенция, направленная на общество, сосредоточена на создании системы поддержки и укреплении жизненных навыков, которые защитят человека в трудной ситуации, а также на обеспечении поддержки ближайшего окружения для противодействия чувству одиночества у ранимых людей. В некоторых случаях уязвимым личностям, испытывающим недостаток внимания и сочувствия в семье и от друзей, поддержка для преодоления стресса необходима на протяжении всей жизни. Она является эффективной, если в социальном и культуральном плане адаптирована к потребностям человека.

Позиция общества и знания о самоубийстве

Сегодня назрела объективная необходимость изменения отношения к суицидальной личности и повышения уровня знаний по предотвращению самоубийств и психических заболеваний в целом. Во многих странах усилия, направленные на общество, сосредоточены на детях и подростках, поскольку повлиять на позицию взрослых и пожилых очень сложно, а молодежь является более восприимчивой.

Программы, направленные на распространение знаний о психическом здоровье, психических заболеваниях и суициде, стремятся развеять страхи и непонимание, окружающие самоубийство. Однако существуют опасения, что неграмотно преподнесенная информация может спровоцировать суицидальные действия, особенно среди подростков и впечатлительных людей. В силу легкой внушаемости они могут имитировать суицидальные поступки, наблюдающиеся в непосредственном окружении или описанные средствами массовой информации.

Это обстоятельство не означает, что говорить и писать о самоубийстве нельзя, однако подобная задача требует корректности, не допуска-

223

Раздел VII Превенция

юще превознесения, романтизации этого действия или его отвержения как непонятного (см. также главу 31). Жизненные трудности, приводящие суицидешов к решению свести счеты с жизнью, следует описывать правдиво, без прикрас. Одновременно важно сообщать о конкретных примерах из жизни о возможностях выхода из суицидальной ситуации. Замалчивание проблемы, амбивалентность или нежелание замечать эту тему лишь усиливают предубеждение и укрепляют невежество, оставляя, таким образом, суицидента без помощи в борьбе с обстоятельствами.

Меры, направленные на окружающую среду

Суицидальная превенция, направленная на общество, включает в себя и меры воздействия на окружающую среду, например, ограничение доступа к опасным средствам совершения самоубийства (оружию, токсическим лекарствам и пестицидам) (см. главу 30).

К типичным примерам мероприятий в отношении общественного здоровья можно отнести различные стратегии в сфере занятости, досуга, планирования жилых застроек, доступности алкоголя, а также законодательство в области здравоохранения, медицинского обслуживания и владения оружием. В некоторых странах направлениями охраны общественного здоровья являются меры по улучшению состояния рабочих мест, особенно для работников здравоохранения, мероприятия по противодействию стрессу и «синдрому сгорания», которые могут привести к суициду.

Сетевые технологии

Национальные и международные сети, включающие в себя исследователей, профессионалов и непрофессиональных членов, являются еще одной формой воплощения подхода, направленного на общество. В Швеции общенациональную программу суицидальной превенции координирует Национальный Центр исследования суицидов и профилактики психических заболеваний, который проводит наблюдение за этой работой в регионах. Региональные усилия, приспособленные к местным традициям и условиям, осуществляются региональными системами помощи (сетями), включающими на добровольной основе профессионалов и непрофессионалов.

224

Г.шва 23. Данута Вассермаи Стратегии в области суицидальной превенции Исследовательские программы

В некоторых странах созданы базы данных (6), дающие возможность мониторинга и выявления тенденций и моделей суицидальных попыток и завершенных самоубийств, их социодемографических и психиатрических характеристик, а также видов лечения.

Библиография

1. Support in Suicidal Crises. The Swedish national programme to develop suicide prevention The National Council for Suicide Prevention, The National Board of Health and Welfare, The National Institute of Public Health, The National Centre for Suicide Re-search and Prevention of Mental Ill-health. Stockholm; 1995.

2. Jenkins R , Singh B. National suicide prevention strategics. Psychiatr. Fenn. 1999;

30:9 30.

3. World Health Organization. Health-for-all targets. The health policy for Europe. Summary of the updated edition. Copenhagen: World Health Organization; 1992.

4. World Health Organization. Health 21: An introduction to the health for all policy

framework for the WHO European region (European health for all series no. 5). 1998.

5. Preventing suicide: a resource series. Geneva: World Health Organization; 2000.

1. A resource for general physicians.

2. A resource for media professionals.

3. A resource for teachers and other school staff.

4. A resource for primary health care workers.

5. A resource for prison officers.

6. How to start a survivors' group.

6. Baxter D.. Appteby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. Br. J.

Psychiatn: 1999; 175:322-326.

225

А. Перспективы здравоохранения

24

Примеры успешной суицидальной превенции в психиатрической практике

Данута Вассерман

Суицидальный риск у психически больных является особенно высоким вскоре после выписки из стационара, пока они не вполне адаптировались к ситуации в жизни, и их родственники не осознали, что условия больничной безопасности кончились и теперь ее необходимо обеспечивать иными способами. В это время жизнь может показаться пациенту пустой и бессмысленной. У него еще не появился интерес даже к самой обычной деятельности. Если в этих обстоятельствах никто не оказывает ему поддер-

жки, то результатом может стать самоубийство. Уровень смертности вследствие самоубийства является высоким в первую неделю после выписки, и его повышенный риск сохраняется в течение года. После выписки система безопасности, обеспеченная больницей, исчезает, и её важно заменить подходящей психиатрической реабилитацией и адаптацией к жизни в обществе. Для одиноких людей с хроническими психическими заболеваниями жизненно важными являются собственный дом, финансовая безопасность, значимая занятость, которой можно заполнить дни, и человеческая близость. Тесное сотрудничество между психиатрическими службами, системой социального обеспечения, добровольческими организациями и членами семьи являются важными условиями успешной социальной реабилитации и предотвращения самоубийств.

Самоубийство можно предотвратить

Важными стратегиями предотвращения суицидов являются адекватное лечение психически больных и повышение уровня диагностики и лечения психических заболеваний в популяции в целом. Вселяет на-

226

Гшва 24 Данута Вассерман Примеры успешной суицидальной превенции в психиатрической практике

дежду факт, что различные виды психиатрического лечения обладают установленным превентивным эффектом в отношении самоубийств.

Антидепрессанты

Известный факт, что большинство пациентов, покончивших с собой, страдали депрессией, и только незначительное меньшинство из них получали адекватное лечение, делает понятным, что лечение является важным фактором предотвращения суицида. Депрессию можно лечить многими способами, фармакологическими и психологическими средствами. К сожалению, в этой области не хватает рандомизированных исследований на достаточно большом числе пациентов. Лучшее подтверждено влияние антидепрессантов на возникновение суицидальных мыслей, попыток и самоубийства (мета-анализ клинических материалов при различных заболеваниях), впрочем, с иными целями, чем оценка эффективности суицидальной превенции.

Монтгомери и др провели мета-анализ кратковременных исследований эффективности пароксетина в сравнении с плацебо у пациентов с умеренной и тяжелой депрессией. Результаты показывают заметное уменьшение частоты появления суицидальных мыслей в группах пациентов, лечившихся антидепрессантами, по сравнению с группой плацебо. Число самоубийств на пациента в год в группе с лечением пароксетином было в 5,6 раз ниже, чем в группе плацебо (хотя это и не статистически значимый уровень), а количество суицидальных попыток в первой группе было в половину меньше, чем в контроле. Эти результаты подтверждают данные более раннего мета-анализа, выполненного Били и др. (4), из которых следует, что суицидальное мышление заметно меньше в группах пациентов, лечившихся флуоксетином, по сравнению с теми, кто принимал плацебо. Результаты обоих мета-анализов имеют значение и представляют определенный интерес, поскольку в исследованиях Фосетта и др. (5) показано, что суицидальное мышление — важный предшественник будущего самоубийства.

Длительные наблюдения пациентов с аффективными расстройствами, осуществленные Национальным Институтом психического здоровья США, показали явное, хотя статистически и не значимое, уменьшение суицидального поведения среди больных, получавших в течение нескольких лет флуоксетин (6). Таким образом, подозрения, что этот препарат повышает риск суицида, не подтвердились.

Превентивный эффект в отношении самоубийства при лечении антидепрессантами прошлого поколения изучен университетской клини-

Раздел VII Превенция

кой в Цюрихе (7). Среди пациентов, получавших имипрамин в связи с рекуррентным депрессивным расстройством, наблюдалось значительное снижение суицидальной смертности по сравнению с группой без лечения (уровень смертности соответственно 5 и 15 %).

Антидепрессанты могут стать хорошим средством помощи, если психиатры освоят все тонкости их правильного использования. Эти препараты не следует исключать из опасений возможной умышленной передозировки в суицидальных целях. Однако необходимо помнить, что лечение антидепрессантами, в том числе современными избирательными ингибиторами обратного захвата серотонина может вызвать ряд серьезных побочных эффектов. В начале лечения они могут вызывать тревогу и приступы паники. На этой фазе сильная тревожность обычно сохраняется до исчезновения у депрессивного пациента психомоторной заторможенности. Если психосоциальные проблемы сохраняются, и он продолжает считать жизнь безнадежной и бессмысленной, то самоубийство может произойти в начале лечения, особенно при отсутствии тесного контакта с врачом или другими людьми, которые могут уберечь от этого поступка. Таким образом, следует стремиться, чтобы больные в состоянии депрессии в дополнение к антидепрессантам получали психологическое консультирование и психотерапию.

Литий

Эффективность лития в предотвращении эпизодов тяжелых рекуррентных аффективных расстройств хорошо известна. Долговременное лечение литием также обеспечивает снижение риска самоубийства. Сравнение суицидальной смертности пациентов с униполярными и биполярными расстройствами, долговременно лечившихся литием, с пациентами, не получавшими этот препарат, показывает, что смертность от суицида можно значительно снизить (8—10).

Проведенный группой Тондо (И) обзор нескольких исследований больших групп пациентов с аффективными расстройствами отчетливо показывает, что длительное лечение литием снижает риск как самоубийства, так и суицидальных попыток. Кроме того, он свидетельствует, что прерывание приема лития приводит к увеличению этого риска в несколько раз по сравнению с риском при продолжении лечения. Хотя эти данные получены в нерандомизированных контролируемых исследованиях, они совпадают и дают основания считать, что адекватное лечение литием пациентов с униполярными и биполярными расстрой-

228

Гтво 24 Данута Вассерман Примеры успешном суицидальной превенции в психиатрической практике

ствами помогает предотвратить самоубийство. Однако для снижения суицидальной смертности требуется продолжение лечения литием в течение как минимум двух лет (12).

Нейролептики

Обнадеживающие результаты в плане снижения суицидальной смертности (до 1/5 от ожидаемого уровня завершенных самоубийств) получены на пациентах с резистентной к лечению шизофренией при применении клозапина; уровень самоубийств соотносился с продолжительностью лечения, и было достигнуто существенное снижение их уровня (13). Кроме того, у этих пациентов при данном лечении отмечено уменьшение числа суицидальных попыток и выраженности суицидальных намерений. Поскольку у больных шизофренией суицидальная смертность является очень высокой, эти результаты представляют большую важность (см также главу 9)

Психотерапия

Когнитивная поведенческая терапия у пациентов с высоким риском повторных суицидальных попыток приводит к значительному его снижению в течение нескольких месяцев после завершения (14). Установлено, что диалектическая поведенческая терапия у женщин с пограничным расстройством личности и неоднократными суицидальными попытками также ведет к снижению их повторений в течение года (15; также см. главу 19).

Необходимость длительного лечения

Подобно лечению суицидальных пациентов фармакологическими средствами, особенно при расстройствах личности, психотерапия должна проводиться в течение длительного времени, в некоторых хронических случаях — на протяжении нескольких лет.

Не следует ожидать продолжительного эффекта после кратковременного лечения, поскольку у суицидальных пациентов часто имеется сложный психиатрический, психологический и социальный фон. Более того, суицидальный процесс является динамичным. В сложных жизненных ситуациях проблемы могут вновь накапливаться, и его интенсивность может усиливаться, если психологическая способность человека преодолевать сложности при изменении обстоятельств является сниженной. Поэтому в курсе лечения необходимо научить пациента готовности по-

229

Раздел VII. Превенция

вторного обращения за помощью в случае необходимости. В настоящее время длительное или повторное превентивное лечение рекомендуется только при использовании антидепрессантов у пациентов с депрессией, однако столь же длительное время требуется и для психотерапии.

Повторные суицидальные попытки

Хотон и др. (16) тщательно проанализировали результаты нескольких рандомизированных исследований, в которых изучалось влияние различных психосоциальных, психотерапевтических и фармакологических способов лечения на повторность суицидальных попыток. В плане снижения повторности попыток результаты были многообещающими при использовании так называемой терапии разрешения проблем. Кроме того, отмечена тенденция к снижению повторения суицидальных попыток в случаях доступности срочной помощи в форме «карг неотложного контакта», в отличие от стандартных подходов диспансерного наблюдения.

Заметное снижение числа повторных попыток самоубийства также достигнуто при использовании диалектической поведенческой терапии (в сравнении со стандартным лечением) и лечении флуpentиксолом-депо (в сравнении с плацебо).

Очевидно, что повторные аутодеструктивные действия можно предотвратить, хотя остается неясным, какое лечение является наиболее эффективным. Это обстоятельство не удивляет, поскольку лечение после суицидальной попытки должно быть индивидуальным с учетом в равной степени психических заболеваний, личностных черт и психосоциальной ситуации суицидального пациента. Сегодня существует выбор из нескольких видов лечения. Однако необходима разработка и новых подходов.

Психосоциальные меры

Снижение повторности суицидальных попыток

Мотто и др. (17) сообщили о заметном снижении уровня суицидальной смертности в группе больных, совершивших суицидальную попытку, с которыми регулярно общались по переписке, по сравнению с группой без подобной работы. Обращения к пациентам осуществлялись ежемесячно в течение первых 4 месяцев после попытки, раз в два месяца в следующие 8 месяцев и раз в три месяца в следующие 4 года (таким образом, 24 контакта в течение 5 лет).

230

Ишва 24 Данута Вассерман. Примеры успешной суицидальной превенции в психиатрической практике

Снижение суицидальности среди пожилых

В Италии был получен очень обнадеживающий результат интервенции с помощью «Tele-Help» («Телефонной помощи») и «Tele-Check» («Телефонного контроля»), из которых состоит специальная телефонная служба для пожилых людей (18). «Tele-Help» — это «горячая линия», обеспечивающая срочное предоставление помощи; «Tele-Check» — это систематические звонки от персонала, который дважды в неделю проверяет физическое и психическое состояние человека и оказывает ему эмоциональную поддержку. Результаты, относящиеся к более чем 20 000 человек в возрасте от 65 и старше, обладавших доступом к этой службе в течение 24 часов в сутки, показали, что эта система действий обеспечивает хорошую социальную, медицинскую и психологическую поддержку. У пожилых заметно упала суицидальная смертность, повысилось психическое благополучие и значительно снизилось число госпитализаций и медицинских консультаций (см. главу 22).

Линии жизни

Совокупный анализ, проведенный Лестером (19), выявил слабую обратную связь между абсолютным числом служб телефонной помощи, специализирующихся в суицидальной превенции (например, принадлежащих Международной Дружеской Помощи (Bcfriends International), Самаритянам (Samaritans) и Линиям Жизни (Lifelines)), и количеством самоубийств на территории, которую охватывают эти службы (см. главу 22).

Библиография

1. Appleby L., Shaw J., Amos T., et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*. 1999; 318:1235-- 1239.
2. Goldacre M., Seagrott V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*. 1993; 342:283- 286.
3. Montgomery S.A., DunnerD.L., Dunbar G.C. Reduction of suicidal thoughts with paroxetinc in comparison with reference antidepressants and placebo. *Eur. Neuropsychopharmacology*. 1995; 5:5 -13.
4. Beasley CM., Domseif B.E., Bosomworth J.C., et al. Fluoxetinc and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. *BMJ*. 1991; 303. 685 692.
5. Fawcett./., Scheftner W.A., Fogg L., et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am. J Psychiatry*. 1990; 147: 1189 1194.
6. Leon 4.C., Keller M.B., Warshaw M.G., el al. Prospective study of fluoxetinc treatment and suicidal behavior in affectively ill subjects *Am. J Psychiatry*. 1999: 156: 195 201.

231

Разде.1 VII. Превенция

7. Angst J., Angst K, Slassen H.H. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Y Clin. Psychiatry*. 1999; 60(Suppl. 2):57 62.
8. Coppen A., Standish-Barry H., Bailey J. Long term lithium and mortality. *Lancet* 1990; 335:1347.
9. \fuller-Oerlinghausen B.. Muser-Causemann B , Volk J. Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. *J Affect. Disord*. 1992; 25:261 269.
10. Nilsson A. Lithium therapy and suicide risk. *J. Clin. Psychiatry*. 1999; 60(Suppl. 2): 85 -88.
11. Tondo L., Jamison K., Buldessarini R. Effect of lithium maintenance on suicidal behavior in major mood disorders (Review). *Ann. N. Y. Acaci. Sci*. 1997; 836: 339 -351.
12. Ahrens B., Muller-Oerlinghausen B., Graf K Length of lithium treatment needed to eliminate the high mortality of affective disorders. *Br. J. Psychiatry*. 1993; 163(Suppl. 21):27- 29.

13. Meltzer H. Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT study. International Clozaril/Leponex Suicide Prevention Trial. J. Clin. Psychiatry. 1999; 60(Suppl. 12):47—50.
14. Salkovskis P., Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide, a controlled trial. Br. J. Psychiatry. 1990; 157:871—876.
15. Shearin E.N., Linehan M.M. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. Ada Psychiatr. Scand. 1994; 89(Suppl. 379):61 - 68.
16. Hawton K., Arensman E., Townsend E., et al. Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. BMJ. 1998; 317:441- 447.
17. Motto J., Heilbron D., Juster R., Bostrom A. Communication as a suicide prevention programme. In: Soubrier J.P., Vedrinne J. (eds). Depression et suicide. Paris: Pergamon Press; 1981:148 -154.
18. De Leo D., Carolto G., Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. Am. J. Psychiatry. 1995; 152:632- 634.
19. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers. Suicide Life Threat. Behav. 1993; 23:263 267.

232

25

Пример стратегии суицидальной
превенции: обучение врачей общей
практики

Вольфганг Рутц

Готландское исследование

Целью Готландского исследования являлось улучшение диагностики и лечения депрессии как основного пускового фактора суицидального процесса. Это исследование осуществлялось в виде образовательной программы в начале 1980-х годов, затем вплоть до начала 1990-х годов проводилась оценка его результатов, после чего проходили поддерживающие тренинги, завершившиеся в 1998 году. Это исследование со всеми его успехами и недостатками иллюстрирует возможности и ограничения, характерные для медицинских и психиатрических служб в лечении и диагностике психических заболеваний, являющихся основной причиной большинства самоубийств.

Шведский остров Готланд с населением порядка 60 000 человек является своеобразным психиатрическим «сектором» страны, а также эпидемиологическим полигоном, легко доступным для исследования. Несмотря на высокий уровень жизни и прекрасную природу, обитатели Готланда переживали времена драматических социальных перемен. В 1970 году остров был одним из «темных пятен» в Швеции в отношении суицидальности: уровень самоубийств здесь был одним из самых высоких в Швеции, намного превышавшим их уровень в городах. Одна из особенностей состояла в большом числе суицидов с применением жестоких и агрессивных методов, в основном, у женщин. Назначение антидепрессантов на острове Готланд было самым низким в Швеции, что компенсировалось чрезмерным прописыванием седативных, анксиолитических и снотворных препаратов.

233

Разде) VII Превенция

В этой тревожной ситуации стала осуществляться инициатива по внедрению образовательной программы (тренингов) для врачей общей практики, которые хотели помочь пациентам, но чувствовали беспомощность и недостаточную компетентность. Для помощи им в решении проблемы депрессии и самоубийства среди населения острова местный психиатрический департамент и Шведский комитет по профилактике и лечению депрессий

совместно организовали образовательную программу борьбы с депрессией на уровне первичной медицинской помощи. Эта многосторонняя структурированная программа, включавшая два учебных курса по два дня каждый, осуществлялась в течение двух лет для всех врачей общего профиля на острове. Она охватывала большинство аспектов диагностики и мониторинга депрессивных расстройств, в ней приняли участие все врачи (за исключением одного человека). Тренинги проводились в весьма комфортабельной юстинице, что, предположительно, должно было способствовать обучению. В течение двух дней выделялось время для общения, дискуссий и обмена клиническим опытом, а также лекций, видеопрезентации и обсуждения конкретных медицинских случаев. По истечении первого года участники могли повлиять на содержание тренингов, указывая, чего им не хватало, кроме того, все обеспечивались письменными учебными материалами для использования при обучении коллективов их медицинских учреждений.

Проблема депрессии, ее выявления и мониторинга представлялась в интегрированном и конспективном виде. Процесс развития депрессии и суицидальности, а также процесс выздоровления описывались как многофакторные явления. Соответственно, отмечалась необходимость междисциплинарного подхода, разносторонних вмешательств и помощи. В ходе тренингов разъяснялась важность психотерапевтического наблюдения и поддержки, а также, особенно в тяжелых случаях, необходимость фармакологического лечения. Психотерапия и фармакотерапия представлялись в качестве взаимодополняющих подходов, а не альтернативных стратегий по принципу «всему свое время».

В ходе тренингов мы последовательно старались избегать противопоставления «эндогенного» и «экзогенного» происхождения депрессии в связи с наличием противоречия между психодинамическим, психосоциальным и биологическим подходами. Вместо этого использовали модель уязвимости к стрессу. Таким образом, подчеркивалась необходимость интегративного мышления в рамках многофакторности и последовательных связанных с процессом действий. Подобный холистический подход обусловил, что депрессия описывалась не как засты-

2.34

Готланд 25. Втырганг Рмпц. Пример стратегии суицидальной превенции обучение врачей общей практики

тая нозологическая форма, связанная с различными сопутствующими заболеваниями, а скорее как состояние, связанное с тревогой, злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, а также преходящими личностными изменениями. В качестве симптомов, часто связанных и вызванных депрессией, рассматриваются различные виды ауто-деструктивного поведения.

Тренинги, проходившие в форме структурированных и холистических презентаций, были высоко оценены участниками и привели к существенному улучшению навыков диагностики, лечения и мониторинга депрессии у врачей общей практики. В течение трех лет после реинтеграции программы (период максимального эффекта) на острове Готланд наблюдался ряд взаимосвязанных позитивных результатов, обусловленных обучением. Обращения по поводу депрессии в местные психиатрические учреждения, а также длительность пребывания на больничном в связи с депрессией и апатией снизились более чем на 50 %. Количество койко-дней по поводу депрессии в местных психиатрических клиниках уменьшилось на 70 %, а число самоубийств снизилось приблизительно на две трети. Назначение антидепрессантов возросло — если ранее оно составляло менее чем 50 % от среднего уровня по стране, то после проведения учебной программы оно возросло до 80 %. Напротив, на 30 % снизилось назначение седативных, анксиолитических и снотворных препаратов. В течение трех лет после

обучения благодаря улучшению диагностики рецидивов депрессии назначение лития возросло на 30 %

Недавно выяснилось, что сезонность самоубийств, особенно отчетливо проявлявшаяся в Готланде в 1980-х годах, существенно ослабла в течение 1990-х годов Этот факт подтверждает, что основными проблемами на острове до начала обучения были недостаточная диагностика и лечение сезонной депрессии и как следствие высокое число связанных с ней самоубийств. Эта ситуация была улучшена с помощью обучения (1).

Необходимость систематического образования

Однако наблюдавшиеся позитивные перемены оказались временными К концу 80-х годов число самоубийств вернулось к исходному уровню и даже слегка превысило его, поэтому стала очевидной необходимость систематического образования, постоянно дополняемого последними образовательными данными В начале 1990-х годов начались новые учебные занятия повторные курсы проводились с интервалом

Раздел VII Превенция

около двух лет до 1998 года. Оценка соотношения затрат и социально-экономических последствий показала, что программа тренингов, которая стоила порядка 400 000 шведских крон, в течение трех лет (период максимального эффекта) привела к значительной экономии для общества благодаря снижению заболеваемости, суицидальной смертности, длительности стационарного лечения и расходов на лекарственные препараты (2)

Стабильность уровня самоубийств среди мужчин

Детальное изучение эффекта этой программы в отношении суицидальной превенции показало, что снижение суицидальности касалось, в основном, женщин, без существенного влияния на самоубийства у мужчин (3). Мужчины, сводя счеты с жизнью, избирали наиболее жестокие методы Более того, в отличие от относительно небольшого числа женщин, покончивших с собой на Готланде в 1990-х годах и, в основном, известных медицинским службам, преобладающее большинство мужчин, совершивших суицид, были известны только полиции, налоговым властям или социальным службам, занимавшимся больными алкоголизмом.

Тренинги, направленные на повышение качества диагностики и лечения депрессии врачами общей практики, очевидно, не оказали позитивного влияния на самоубийства мужчин на острове, поскольку последние, в общем, не обращались в медицинские службы. В случаях же обращения у них диагностировали расстройства личности, отмечали антисоциальное поведение или наркоманию, вследствие чего часто считали их неизлечимыми из-за нежелания сотрудничать с медицинскими службами, «неадекватных» поступков, агрессивности и недостаточной мотивации к лечению Исследование показало, что у депрессивных и суицидальных мужчин обычно отмечались атипичные симптомы депрессии. И даже если они обращались за помощью, депрессия часто оставалась нераспознанной, в связи с чем они не получали адекватного лечения

Из-за стойкого повышения уровня мужских самоубийств в последующих программах тренингов сделали акцент на симптомах депрессии и суицидальном поведении у мужчин Была разработана шкала основных «атипичных» симптомов депрессии у мужчин, отражавшая ее специфические проявления сниженную толерантность к стрессу, внешнее выражение подсознательных психических процессов, агрессивность,

236

I шва 25 Вогфганг Рутц Пример стратегии суицидальной превенции обучение врачей общей практики

сниженный контроль над импульсами, раздражительность, нерешительность, склонность к злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными

веществами, периодическое «антисоциальное» поведение, наследование склонности к самоубийству и агрессии. Эта шкала, основанная на клиническом опыте, в течение нескольких лет проверялась как инструмент для оценки выраженности депрессии у мужчин, обращающихся к врачу общей практики или в другие медицинские или социальные службы. В последнее время шкала прошла научную оценку и валидизацию. С тех пор, как «Готландскую шкалу депрессии у мужчин» рекомендовали местному персоналу первичного звена системы здравоохранения как инструмент скрининга и обнаружения в средствах массовой информации, на Готланде наблюдается снижение и мужских самоубийств.

В настоящее время представления о депрессии и суицидальности у мужчин являются предметом возрастающего научного интереса. Тем не менее, поскольку большинство мужчин с депрессией, совершающие самоубийство, не обращаются за медицинской помощью, необходимо разработать подходы для их вовлечения в лечебный процесс с участием других членов общества — по месту работы, через профсоюзы, систему социального обеспечения, семью и друзей, а также через средства массовой информации.

Международный опыт

Выяснилось, что тренинги с целью улучшения диагностики и лечения депрессии и связанных с ней состояний в системе первичной медицинской помощи являются эффективным средством суицидальной превенции. Полученные данные показали роль врачей общей практики как первого звена в диагностике и лечении депрессии. Хотя одно контролируемое исследование в группе (весьма отличавшейся от популяции острова) не смогло в целом повторить результаты Готландского исследования (5—8), опыт образовательных программ в Швейцарии, Великобритании, Ирландии, Венгрии, странах Балтии, США, Канаде и других государствах показал, что в результате обучения врачей повышается качество лечения депрессии с помощью антидепрессантов, чаще назначается литий, и реже — неспецифические седативные, снотворные и анксиолитические препараты. По всей вероятности, эти факты могут иметь значение для суицидальной превенции (1, 7—10).

237

Раздел VII. Превенция

История болезни

Пациент — 52-летний журналист, известный также как художник и писатель, интеллектual, законодатель мнений, предприниматель и ведущий популярной телевизионной программы. Происходил из богемной семьи. Его отец был преподавателем рисования и тяжелым пьяницей с длительными периодами застоя. После раннего развода в течение многих лет пациент состоял в гражданском браке с молодой женщиной. Отношения складывались гладко, супруги имели ребенка. Пациент пользовался полной свободой действий, всегда находился на людях, в центре внимания, являлся социально активным в различных сферах.

В течение шести месяцев, особенно по утрам, он стал ощущать нарастающие трудности. Испытывал усиливающееся беспокойство, чувство безнадежности и ощущение, что он всех вводит в заблуждение. У него появились сложности в принятии даже незначительных ежедневных решений. Он чувствовал себя подавленным и практически парализованным повседневными заботами, одновременно на работе оставался активным. Он по-прежнему был разговорчивым и общительным, но реальный интерес к жизни у него отчетливо снизился. Все больше ухудшался сон. По ночам он стал часто испытывать почти непреодолимое желание покончить с собой, и его особенно испугало, что он был не в состоянии противиться этому желанию. Он осуществил несколько ночных прогулок в отдаленные места с конкретными планами совершения самоубийства путем повешения, прыжка с высоты или отравления

выхлопными газами в собственном автомобиле. Каждый раз он отмечал внутреннюю борьбу, в результате которой ему, наконец, удалось вернуться домой. Испуганный пережитым, он обратился за психиатрической помощью, вслед за которой возникло его собственное исследование по разработке программы о беспомощности, которую могут испытывать мужчины.

В беседе с врачом прои вводил приятное, социально адекватное впечатление: был разговорчивым, образованным и легким в общении. Видимой заторможенности не отмечалось. Он сообщил о повышении употребления алкоголя (в основном, вина), по его словам, для «успокоения». Он жаловался, что больше не в состоянии писать из-за отсутствия новых идей, и может влачить лишь «рутинное» существование. Никто из окружающих не замечал его проблем, одновременно он говорил об углубляющемся отчаянии и был в ужасе от собственных навязчивых суицидальных желаний.

238

Глава 25. Вольфганг Рутц. Пример стратегии суицидальной превенции: обучение врачей общей практики

Пациенту был поставлен диагноз: мужская депрессия с острой суицидальностью. Рекомендовано лечение селективными ингибиторами рецепторов серотонина в сочетании с еженедельными психотерапевтическими сеансами, направленными на осознание ограничений, беспомощности, слабости и неспособности справляться со всеми требованиями, и сеансами семейной психотерапии с целью контроля его суицидальных тенденций. Выздоровление заняло восемь недель, в настоящее время пациент получает долговременное лечение в виде поддерживающей когнитивной психотерапии и приема лекарств.

Библиография

1. RilimerZ., Rutz W., Pihlgren H. Decreasing tendency of seasonality in suicide may indicate lowering rate of depressive suicides in the population. *Psychiatry. Res.* 1998; 16:233-240.
2. Ruiz W. Evaluation of an educational programme on depressive disorders given to general practitioners in Gotland. Short- and long-term effects. Dissertation. Sweden: Linköping University; 1992:1- 116.
3. Rutz W., von Knorring L., Pihlgren H., RihmerZ., Welinder J. Prevention of male suicides: lessons from the Gotland study. *Lancet.* 1995; 345:524.
4. Rutz W. Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1999; 14(Suppl. 3):27 -33.
5. Thomson C, Stevens L., Ostler K. The Hampshire Depression Project: a methodology for assessing the value of general practice education for depression. *Int. J. Meth. Psychiat. Res.* 1996; 6:527 - 531.
6. Thompson C, Kinmoth A.L., Stevens L., et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet.* 2000; 355:185 - 191.
7. McKeon P., Carigan P., Slobhan C Aware of depression. *Med. J.* 1989; 82:2—3.
8. Michel K., Valach L. Suicide prevention: spreading the Gospel to general practitioners. *Br. J. Psychiatry.* 1992; 160:757 - 760.
9. Standart S.H., Drinkwater C Scott J. Multidisciplinary training in the detection, assessment and management of depressions in primary care. *Prim. Care. Psychiatry.* 1997; 3:89-93.
10. Bodlund O. Most depressed patients can be treated in primary care. *Lakar-tidningen.* 2000; 97:1244 - 9.

239

Самоубийства в различных медицинских учреждениях

Хорошо известно, что до 50 % людей с суицидальными тенденциями (а по некоторым оценкам — больше) консультировались у одного или нескольких врачей непосредственно за 1—2 месяца до суицидального поступка — вне зависимости, была ли это суицидальная попытка или самоубийство (1, 2). В качестве пациентов они обычно обращаются к врачам общей практики или специалистам в различных областях медицины. Учреждения, куда они обращаются, могут быть частной хирургической клиникой, обычной поликлиникой или терапевтической лечебницей; основные специальности врачей, как правило, представлены терапевтами и более узкими специалистами — кардиологами, гастроэнтерологами, эндокринологами и т.д., или ортопедами, неврологами, гинекологами, оториноларингологами и урологами. В суицидальной превенции предсуицидальная фаза считается очень важной, поэтому медицинский персонал, сталкивающийся с этими пациентами, несет немалое бремя ответственности (3). Врачи общей практики и, меньше, другие специалисты часто являются первыми, а иногда и единственными профессионалами в суицидальной драме. Что они могут сделать и от каких действий им следует воздерживаться? В какой помощи они нуждаются? Для любого врача, не являющегося психиатром, взаимодействие с суицидальным пациентом представляет собой очень трудную задачу. Психиатры могут сыграть жизненно важную роль в лечении этих больных и медицинском наблюдении за ними. Врача, занимающегося суицидальной превенцией или непосредственно работающего с

240

Глава 26 Жан-Пьер Субрийе Сотрудничество психиатров и врачей других специальностей

суицидальными пациентами, не следует оставлять без помощи, наедине с собой. Выходом может быть совместная работа в команде, в которой психиатр занимает ключевое место.

Работа в команде суицидальной превенции

В каждом медицинском учреждении должны существовать структуры (команда) и практика, посредством которых психиатр инструктирует персонал об обращении с суицидальными пациентами и их семьями, а также о способах предотвращения самоубийства. Суицидальная превенция является сложной задачей, поэтому рекомендуется, чтобы она осуществлялась командой из нескольких человек. Эту группу, состоящую из профессионалов, таких как психолог, социальный работник и психиатрическая сестра, должен возглавлять психиатр. Тесное сотрудничество в команде является необходимым условием успеха ее деятельности.

Команда суицидальной превенции может являться источником знаний и должна взять на себя проведение тренингов, как в психиатрической клинике, так и в больницах общего профиля. Кроме того, она может служить связующим звеном между службами здравоохранения и властными структурами. Другой задачей команды может быть обучение других врачей современным методам лечения и превенции в рамках общепринятой практики. Необходимо разработать программу оценки эффективности работы команды с определением индикаторов качества ее деятельности. Примерами подобных показателей являются процент пациентов, предпринявших суицидальную попытку и обследованных психиатром в течение 24 часов после нее, или среднее время ожидания суицидальным пациентом встречи с психиатром после направления к нему.

На регулярной основе следует проводить тренинги для других врачей (1, 4, 5)

на следующие темы:

- причины обращения за консультацией лиц с суицидальными тенденциями к врачам общей практики;
- показания для консультации суицидальных пациентов психиатром или для неотложной госпитализации;
- способы общения с родственниками суицидальных пациентов;
- необходимость наблюдения после суицидальной попытки.

К другим важным обязанностям команды относятся методическая поддержка персонала отделений неотложной помощи или реанимации, а также разработка и внедрение правил поведения в связи с последствиями самоубийств в клинике или отделении.

241

Раздел VII. Превенция

Взаимодействие с врачами общей практики

Взаимодействие психиатров, врачей общей практики и других специалистов, занимающихся лечением суицидальных пациентов, имеет большое влияние на течение суицидального процесса на всех стадиях. Вопреки ожиданиям, оно не всегда эффективно. Сохраняется определенное табу, которое усиливают этические соображения и соблюдение норм частной жизни. Им можно, в частности, объяснить причины недооценки уровня самоубийств и сложности их предотвращения.

Очень часто суицидальные пациенты обращаются с различными соматическими жалобами к врачам, не связанным с психиатрией, и ссылаются на различные симптомы, причем отчетливых суицидальных высказываний во время визитов не наблюдается. Пациенты не связывают свои суицидальные наклонности с соматическими симптомами или считают суицидальные мысли признаком слабости и стыдятся этих мыслей или планов покончить с собой. Очень смутно и неопределенно они сообщают о чувствах беспомощности и никчемности или о своих страхах. Эмоциональная неустойчивость и низкая самооценка, столь характерные для суицидальных личностей, могут компенсироваться искусственными проявлениями силы и компетентности. Таким образом, существует заметное противоречие между внутренними переживаниями отчаяния и словесным содержанием речи пациента во время консультации. В основном врачи считают, что у суицидента должны быть симптомы депрессии, и могут пропустить суицидальность, если не вникнут глубоко в состояние пациента. Симптомы депрессии могут маскироваться соматическими жалобами и болевыми проявлениями в сочетании с нарушениями сна, утомляемостью, раздражительностью и тревогой (2).

В силу приведенных причин неудивительно, что первичный и последующие контакты врачей общей практики и суицидальных пациентов часто не предотвращают самоубийства. Проблемы оценки суицидального риска у лиц в психотическом состоянии и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами решаются проще. Если врачи сразу направляют их к специалистам, которые лучше разбираются в методах их лечения, то самоубийство можно предотвратить.

Безусловно, врачей общей практики и других специалистов следует учить тщательной оценке всех пациентов, подозрительных на соматизацию или имеющих психосоматические симптомы. В этом контексте

242

Глава 26. Жан-Пьер Субрийе. Сотрудничество психиатров и врачей других специальностей

главными инструментами являются клиническая интуиция, опыт и здравый смысл, но их необходимо дополнить образованием и обучением оценке суицидального риска (6, 7).

Взаимоотношения пациента и врача

С целью повышения уровня диагностики и лечения следует специально обучать всех врачей приемам общения с суицидальными пациентами. Его эффективность и результативность зависит от отношения врача к самоубийству, его коммуникативных навыков и психологической готовности к встрече с аутодеструктивным поведением. Ожидания суицидального пациента и его отношение к врачу также оказывают существенное влияние на характер взаимодействия с врачом и разработку лечебных рекомендаций.

Направление для психиатрического освидетельствования

Если существует малейшее подозрение на наличие суицидального риска, пациента следует направить к психиатру или психологу. Кроме того, направление к психиатру или психологу необходимо при выявлении психических расстройств, если предшествующее лечение (антидепрессантами или иными препаратами) оказалось неэффективным, и если пациент изъявляет желание получить психологическую помощь. Профессионалов следует привлекать к лечению и в случае наличия у пациента личной или семейной истории суицидальных попыток или отсутствия у него социальной поддержки.

Однако многие суицидальные пациенты боятся обращения к психиатру из-за предположений, что оно некоторым образом может подтвердить мнение близких о проблемах их психического здоровья. В связи с этим обязательным является письменное направление и активное неотложное наблюдение. Простое предложение о встрече с психиатром может оказать на человека прямо противоположный эффект. Перед направлением к психиатру пациенту (и по возможности его родственникам) следует ясно сообщить причины необходимости помощи специалиста. Это направление не должно восприниматься пациентом как отказ врача общей практики заниматься его проблемами, напротив, оно должно стать совместным решением. В этом контексте помогает разъяснение полезных эффектов различных форм психотерапии и ле-

243

Раздел VII Превенция

карственных препаратов Врач, оказывающий первую помощь, или врач общей практики должен обеспечить наблюдение за установлением контакта с психиатром Это необходимо, чтобы убедиться, что его встреча с пациентом состоялась. Условием эффективности психиатрической помощи является наличие у лечащего врача налаженных связей или личного знакомства с частным психиатром, сотрудниками амбулаторного или стационарного психиатрического отделения. Это обстоятельство особенно важно, если пациент находится в изоляции и испытывает недостаток социальной поддержки и факторов защиты.

Правила госпитализации суицидального пациента

В некоторых случаях возникает необходимость неотложной госпитализации (3). Они касаются пациентов со стойкими суицидальными мыслями, серьезным намерением покончить с собой, глубокой депрессией, сопровождающейся тревогой, беспокойством, а также лиц в состоянии психоза, например, при шизофрении и маниакально-депрессивном психозе. Госпитализация также применима к пациентам с пограничным расстройством личности при травматических жизненных ситуациях. Она является желательной и в случаях плохой материальной обеспеченности суицидального пациента и отсутствии у него социальной поддержки. Однако оценка необходимости госпитализации при отсутствии очевидных признаков серьезного психического расстройства остается непростой задачей

Неотложная госпитализация и перевод в палату интенсивного ухода

Для пациентов, совершивших суицидальную попытку, сотрудничество психиатров и персонала отделений интенсивного наблюдения и неотложной медицинской помощи имеет большое значение, оно всегда служит интересам

суицидальных пациентов. Встреча с такими пациентами часто травматична для всего медицинского персонала. Сотрудники больниц и реанимационных отделений редко обладают специальными навыками для понимания сложных психологических проблем и порой плохо представляют себе, как иметь с ними дело. Суицидальный пациент представляет своеобразную угрозу профессиональной роли персонала, занимающегося спасением жизни, и пробуждает у них собственный страх смерти, угрожая тем самым их личной неприкосновен-

244

Глава 26 Жан-Пьер Субрийе Сотрудничество психиатров и врачей других специальностей

ности. Реакции персонала могут различаться, они включают неуверенность, страх, тревогу, беспокойство и чувство вины. Результатом этих чувств могут стать отдаление, избегание, раздражение и агрессия, или, напротив, сочувствие и эмпатия. В целом медицинский персонал часто не испытывает удовлетворения качеством помощи, которую он может предоставить пациентам и их родственникам в силу недостатка знаний и нехватки времени, а также отсутствия навыков эффективного сотрудничества с психиатром (8).

Контакт с родственниками

Наиболее важной функцией психиатра в учреждениях неотложной медицинской помощи является налаживание взаимодействия с родственниками пациента. Хорошо известно, что лица, совершившие суицидальную попытку, относятся к группе наибольшего риска самоубийства. Члены семьи часто пребывают в состоянии психологического стресса и нуждаются в совете, психологической поддержке, а иногда и в психиатрическом лечении. И, наконец, психиатры помогают врачам в оказании поддержки родственникам и друзьям пациента, покончившего с собой. Следует стремиться к созданию и функционированию специальных программ для родственников самоубийц (так называемых «выживших», см. также главу 28).

Планирование последующего наблюдения и лечения

Задачей психиатра является вмешательство в суицидальный процесс для его замедления. Его можно достигнуть только путем продолжающегося наблюдения с психосоциальной, психологической и медицинской помощью, лекарственной терапией или без нее. В некоторых случаях пациентов можно направить к врачу общей практики для последующего наблюдения и лечения. Лечащий врач совместно с пациентом и его семьей должен разработать план лечения и в любое время иметь возможность контакта с психиатром или командой суицидальной профилактики для консультации и обсуждения особенностей процесса на протяжении всего периода наблюдения. Для улучшения помощи суицидальным пациентам врачам общей практики необходимо регулярно повышать свой уровень знаний и навыков в области суицидальной профилактики (участием в тренинговых программах) (1, 9).

245

Раздел VII. Профилактика

Самоубийство в клинике

Столь драматическая ситуация, как самоубийство в больничной палате, может вызвать у персонала типичное состояние посттравматического стресса. В этой ситуации команда суицидальной профилактики должна осуществлять терапевтические функции путем дебрифинга (поддерживающих бесед с персоналом) и обсуждения клинических аспектов случая. В этом контексте может возникнуть необходимость взаимодействия с судебным медиком или психиатром в рамках осуществления программы профилактики (см. также главу 27).

Продолжающееся повышение квалификации

Сотрудничество психиатров, психологов, врачей общей практики и других

специалистов должно быть всесторонним в связи с его важностью для лечения суицидальных пациентов и ослабления психологического напряжения персонала (5). Постоянное взаимодействие, обучение врачей первичного звена здравоохранения, методическая помощь коллег-психиатров и команд суицидальной превенции на каждом этапе являются важными элементами успешного предотвращения самоубийства.

Команде суицидальной превенции следует играть ключевую роль не только в развитии навыков, но и в эмоциональном дебрифинге (предупреждающем «синдром сгорания»).

Библиография

1. Rut: W., von Knowing L., Wallinder J. Long term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992; 85:83- 88.
2. Wolk-Wasserman D. Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt. *Acta Psychiatr. Scand.* 1987; 75:358—372.
3. hitman R. Hospital suicides: lawsuits and standards. *Suicide Life Threat. Behav.* 1982; 12:212 - 220.

4. Soubrier JR. Dehoui M., Bertolote J.M.. et al. Guide de l'entretien avec un patient suicidaire. Paris: Lundbeck-France; 1998.

5. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for general physicians.

Mental behavioural disorders. Department of Mental Health, Social Change and Mental Health. Geneva. 2000.

6. Beck A. T., Brown O.K., Steer R.A. Suicide ideation at its worst point: a prediction of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat. Behav.* 1999; 29:1 4.

246

i

Глава 26. Жан-Пьер Субрийе. Сотрудничество психиатров и врачей других специальностей

7. Jacobs D.G. Guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey Bass Publishers: 1999.

8. Wolk-Wasserman D. The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatr. Scand.* 1985; 71:581 - 595.

9. Soubrier J.P. Definitions du suicide. Signification de la prevention. *Ann. Medicopsychol.* 1999; 157:526 529.

247

27

Условия работы медицинского персонала

Данута Вассерман

Уязвимость медицинского персонала

Существуют сообщения о довольно высокой вероятности самоубийств среди медицинских работников. Постоянное столкновение психиатрического персонала с проблемами жизни и смерти и суицидальными пациентами обуславливает необходимость создания адекватных условий работы, а также регулярных тренингов, супервизии и поддержки (1,2).

В каждой психиатрической клинике или отделении следует завести определенный порядок, позволяющий преодолеть возникающие проблемы, неудачи или непрофессиональные действия, связанные с лечением суицидального пациента или его самоубийством. Цель подобной практики состоит в помощи персоналу по преодолению эмоциональных переживаний, выработке собственной позиции по экзистенциально-личностным проблемам и повышению профессионального уровня.

Суицидальные попытки и самоубийства противоречат не только инстинкту самосохранения, но и роли медицинского персонала, призванного обеспечивать заботу о здоровье и бороться за сохранение жизни. Поэтому нередко лица с суицидальными тенденциями воспринимаются негативно. Временами отрицательные чувства у персонала могут быть очень сильными (3).

Определенные правила позволяют предупредить хаос и тревогу

Необходимо обращать особое внимание на отчетливые эмоциональные реакции в форме безразличия, отвержения и антипатии, поскольку они глубоко влияют на суицидального пациента и даже могут провоцировать самоубийство. Следует постоянно помнить о ятрогении (эф-

248

Глава 27 jlanyma Вассерман Условия работы медицинского персонала

фекте ноцебо) — пагубном влиянии поведения врача, процедур и лечения на пациента. Часто выражением негативной реакции персонала (отнюдь не проявлением заботы) могут стать отказ в госпитализации пациента с высоким суицидальным риском, выбор недостаточно активного вида лечения или пренебрежение антидепрессантами (3, 4).

Негативные реакции контрпереноса могут возникать даже у хорошо обученного персонала. Как правило, в основе суицидального конфликта лежит высокий уровень агрессии, и неудивительно, что она влияет на персонал отрицательным образом. Следует постоянно помнить, что поведение персонала может провоцировать самоубийство или содействовать ему и, безусловно, необходимо осознание благотворного эффекта (эффект плацебо) доверительного контакта между пациентом и врачом, особенно учитывая, что реакция персонала может иметь эффект ноцебо и подтолкнуть пациента к самоубийству.

В каждом отделении, где ведут работу с суицидальными пациентами, следует ввести закрепленные правила диагностики и лечения суицидальных тенденций для уверенности, что предприняты все необходимые меры. Эти правила являются особенно важными при лечении суицидальных пациентов, поскольку способы работы с ними подвержены существенному влиянию отношения членов персонала, их психического здоровья и благополучия, а также взглядов на жизнь, включая этические и моральные ценности.

Наличие правил и соответствующей документации снижает тревогу персонала и устраняет неприятные эмоции, а также обеспечивают адекватное наблюдение, оценку психического статуса и индивидуальный подход, который становится возможным в отсутствии хаоса и беспорядка. Напротив, нездоровые условия работы могут вести к «синдрому сгорания», следствием которого может стать безразличие, раздражительность или отстраненное отношение к пациенту (5—9).

Работа с суицидальными пациентами является трудной задачей, поддержка с целью сохранения жизни предъявляет высокие требования к знаниям и характеристикам персонала. Поэтому ему в повседневной деятельности необходимы регулярные тренинги, поддержка и супервизия (контакт с психологом).

История болезни

Самоубийство пациента — непереносимое переживание

Ханс, 30 лет, фельдшер в больнице и единственный ребенок двух пожилых врачей, доставлен в психиатрическую клинику после двух не-

249

Piudei VII Превенция

дель пребывания в реанимации после того, как в метро он бросился под поезд.

В то время на него одновременно свалилась масса проблем. Его невеста незадолго до свадьбы разорвала помолвку, на работе произошла большая реорганизация, и он оказался на грани увольнения. Он мечтал стать врачом, однако еі о школьная успеваемость не позволяла реа-лизовать это желание.

Работники психиатрической клиники сочли, что хорошо знают Ханса, и после нескольких недель стационарного лечения ему пошили на выходные покинуть клинику. Перед уходом у него была краткая встреча с врачом Ханс казался вполне спокойным, но именно в этот день у врача не было времени для углубленного анализа его психического состояния и оценки готовности Ханса к встрече с реальным миром вне больницы. Никто не созванивался с его родителями, и слова Ханса, что он проведет выходные с ними, приняли на веру.

В понедельник персонал клиники оказался в ужасе, получив запрос на опознание тела одного из их пациентов, доставленного в патологоанатомическое отделение больницы в выходные. Это был Ханс, который лег на рельсы метро поздним вечером того же дня, как покинул больницу. В темноте машинист не заметил его. Ханс погиб.

Для всех в клинике это событие стало ужасным испытанием, особенно для врача, который последним беседовал с Хансом. Оно оказало столь сильное влияние на него, что и спустя несколько лет при упоминании об этом случае он расстраивался и терялся.

Поддержка персонала после самоубийства пациента

Неотложные меры

После совершения в клинике самоубийства или суицидальной попытки следует незамедлительно решить следующие вопросы: каким образом и кто сообщит о случившемся родственникам пациента, как защитить других пациентов и как известить их о происшествии. Кроме того, руководитель клиники должен решить, какие из запланированных на день мероприятий следует отменить, чтобы выделить время для встречи с персоналом и эмоциональной проработки проблемы.

Информацию об этом следует довести до сведения администрации больницы, полиции и других властей. Эта процедура различается между странами и регулируется национальным законодательством.

250

/ шва 27 Данута Вассерчан Условия работы медицинского персонала

Контакты с родственниками

Родственникам о случившемся следует сообщить незамедлительно — у них дома в очной беседе или попросив их прийти в больницу. Сообщение этой новости по телефону недопустимо. Важно предоставить родственникам возможность встречи с персоналом, который ухаживал за пациентом перед самоубийством, а также, при их желании, оказать им медицинскую помощь.

Неотложная эмоциональная поддержка персонала

Членство в медицинском персонале означает каждодневные встречи со страданиями и смертью, а также частые столкновения с эмоционально трудными ситуациями. Самоубийство пациента относится к наиболее тяжелым испытаниям, которые приходится на долю психиатров и персонала больницы. Поэтому чрезвычайно важной является возможность проработки возникающих после случившегося чувств.

Самоубийство — это трагедия, которая оказывает влияние на весь персонал клиники и отделения. Она вызывает не только сильные чувства, но и иррациональные объяснения, проекцию вины на других и самообвинения. Персоналу следует предоставить возможность немедленной проработки травмирующих эмоциональных последствий самоубийства индивидуально и в группе, а также выражения своего отношения к случившемуся. Важно дать возможность всем, кого затронуло это событие, свободно высказать свои чувства и выразить гнев, горе и отчаяние.

В этих встречах должен принять участие весь вовлеченный персонал. Люди, на которых событие оказало наибольшее воздействие, часто стараются избежать подобных встреч, беря больничный или выходной. Иногда одной встречи бывает недостаточно, и требуются дополнительные обсуждения.

Членам персонала, у которых наблюдаются очень сильные реакции, необходимо предоставить возможность индивидуальной психотерапии. Кроме того, человеку, возглавляющему дискуссию, важно не подавлять эмоциональных реакций, возникающих в ходе встречи. Обсуждение реакции персонала следует проводить человеку, не вовлеченному в данное событие, лучше, если он будет работать в другом медицинском учреждении. В этой ситуации на первый план могут выйти конфликты между сотрудниками, но их важно обсуждать отдельно в ином контексте. Лидеру группы стош всегда суммировать впечатления от первой встречи

Paide.i УН Превенция

Самоубийство пациента: последующий опыт

В течение 4 — 6 недель после самоубийства, случившегося в клинике или отделении, можно провести «психологическую аутопсию». Этот метод был разработан в 1950-х годах в Центре превенции суицидов в Лос Анжелесе. Цель ретроспективного обзора состоит в улучшении навыков всего персонала с помощью реконструкции суицидального процесса вплоть до момента самоубийства и систематического анализа всего процесса лечения. Во время обзора могут возникнуть сильные эмоциональные реакции. Важно услышать их и при необходимости обеспечить поддержку. Для обогащения полученной информацией знаний и практического опыта сотрудников, следует еще раз провести оценку возможностей диагностики и лечения. Можно прибегнуть к использованию материалов аутопсии и полицейского расследования. Общий обзор и конечную оценку следует внести в медицинские записи пациента.

Во многих клиниках ретроспективный обзор после суицидальной попытки, случившейся амбулаторно или в стационаре, является обычной практикой в силу, как правило, достаточно сильной мотивации у персонала к новой оценке своих действий в ходе лечения.

Обучение и супервизия

Для клиники очень полезной мерой может стать план регулярных тренингов по суицидологии, посвященных диагностике, лечению и стратегиям превенции суицидального поведения. Более того, для персонала должна быть доступной индивидуальная супервизия, развивающая не только знания каждого сотрудника в области психиатрии, но и его психотерапевтические навыки, и способствующая формированию эмоциональной зрелости. Индивидуальная поддержка является особенно важной для психиатров, ответственных за супервизию групп персонала в других отделениях, специалистов по соматической медицине из смежных клиник, семейных врачей и врачей общей практики (1).

Улучшение качества суицидальной превенции

При работе с суицидальными пациентами следует иметь следующую стратегию:

- план тренингов для всего персонала;
- индивидуальный план супервизии для каждого представителя персонала;

252

Глава 27 Данута Вассерман Условия работы медицинского персонала

— программа действий в случае совершения в клинике самоубийства или суицидальной попытки;

— регулярный мониторинг суицидальных попыток и самоубийств.

Для обеспечения базовых и специфических знаний об эффективности используемых методов лечения следует стремиться к полному описанию всех суицидальных действий, случившихся в клинике и амбулаторно, включающему данные диагностики и лечения, а также о времени ожидания помощи и длительности лечения.

Библиография

1. Ramberg I.L., Wasserman D. Working conditions in psychiatric care of suicidal patients in Sweden. In press.

2. Samuelsson M., Gustavsson J P, Pettersson I.L., Arnetz B., Esberg M. Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 1997; 32:391 - 397.
3. Wolk-Wasserman D. Some problems connected with the treatment of suicide attempt patients: transference and countertransference aspects. *Crisis.* 1987; 8:69—82.
4. Deary I.J., Agius R.M., Sadler J Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 1996; 42:112 123.
5. Oberlander L.B. Work satisfaction among community-based mental health service providers: the association between work environment and work satisfaction. *Community Ment. Health J.* 1990; 26:517 532.
6. Pettersson I.L., Arnetz B.B., Arnetz J.E., Horte L.G. Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses, results from a National Questionnaire Study. *Psychother. Psychosom* 1995; 64: 20- 31.
7. Schulz R., Greenley J.R , Brown R Organization, management and client effects on staff burnout. *J. Health Soc. Behav.* 1995; 36: 333- 345.
8. Shinn M., Rosario M., Morch H , Chestnut D.E. Coping with job stress and burnout in the human services. *J. Pers. Soc Psychol.* 1984; 46:864 -876.
9. Thomsen S., Dallender J., Soares J. Nolan P., Arnetz B. Predictors of a healthy work-place for Swedish and English psychiatrists. *Br. J. Psychiatry.* 1998; 173:80 - 84.
10. Beskou J., Runeson B., Esgerd U Ethical aspects of psychological autopsy. *Ada Psychiatr. Scand.* 1991; 84:482 -487.
11. Shneidman E. The psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behav.* 1981; 11:325 340.

253

28

Семья в процессе превенции и
 поственции самоубийств:
 образовательные перспективы в сфере
 психического здоровья
 Карен Данн-Максим, Эдвард Дж.Данн
 Мудрый клиницист

«Суицидальная депрессия — это нечто вроде духовной зимы, когда все замерзло, стерильно и неподвижно». Это слова А. Альвареса из пронизательных мемуаров «Свиристый Бог: исследование самоубийства», где описаны его отношения с поэтессой Сильвией Плат, покончившей с собой, и его собственная почти фатальная попытка самоубийства путем приема снотворного (1). Далеко не все обдумывающие планы самоубийства обращаются во время кризиса за помощью. Тем не менее, если они обращаются к врачу, их переживания могут вызвать чрезвычайную тревогу у клинициста, который часто испытывает беспомощность перед лицом столь глубокого отчаяния. Суицидальный пациент втягивает его в борьбу между жизнью и смертью, требующую от врача использования всех ресурсов для сохранения и усиления у пациента желания жить. После самоубийства >же нет возврата ш небытия, врач же рассматривает ситуацию как предотвратимую.

Опытный и думающий клиницист, желающий найти подход к суицидальному пациенту, должен с самого начала, оценивая возможные ресурсы, включить в команду по лечению его семью. Например, для адекватной оценки безопасности домашнего окружения пациента важно знать о доступности в доме смертельного оружия. Эту информацию должна подтвердить семья больного. Часто в попытках избежать юспи-

254

Глава 28 Кореи Дани-Максим, Эдвард Дж. пани. Семья в процессе превенции и

поствлении самоубийств

тализации суицидальные пациенты уменьшают опасность и преувеличивают доступность помощи. Клиницисту необходимо провести независимую оценку этих показателей путем тщательного изучения обстоятельств совместно с семьей.

При участии семьи пациенты выигрывают

Участие семьи в процессе лечения психического заболевания представляет собой относительно новое явление, однако в США оно стало обычной практикой для лечения различных пациентов. Большинство лечебных центров взаимодействуют с группами поддержки для семей больных со злокачественными или сердечными заболеваниями. Семьи все чаще посещают семинары для пополнения знаний о болезни близких, о способах усиления эффективности лекарственной терапии, наблюдения за ней и даже помощи при ее проведении. Усилия по созданию команды из врача, пациента и семьи, сотрудничающих между собой, делают невозможным традиционное сохранение в тайне от членов семьи факта смертельной болезни их родственника. Участие семьи в процессе лечения является в США обычным явлением, поскольку в этом случае, в основном, пациенты лучше переносят фатальную ситуацию.

Сфера психиатрического лечения долгое время не была охвачена этим движением, но из-за признания врачами успешности участия семьи в лечении в соматической медицине, эта тенденция начинает пускать корни и в психиатрии. Новым подходам лечения психических болезней приходится бороться против традиционных воззрений, согласно которым психиатры склонны видеть в семье первопричину многих душевных ран и поэтому в качестве средства лечения прибегают к изоляции пациента от семьи.

В свою очередь, пациенты также внесли вклад в исключение семьи из психиатрического лечения благодаря стигме, связанной с психической болезнью и самоубийством. Это похоже на ситуацию сорокалетней давности, когда жертвам злокачественных заболеваний было столь стыдно за свой диагноз, что они предпочитали умереть, чем обратиться за медицинской помощью. Сегодня многие кончают с собой, чтобы избежать стигмы, связанной с лечением «психического» заболевания. Некоторые семьи с большой неохотой признают, что кто-то из их членов страдает психическим расстройством. К счастью, ситуация изменилась благодаря усилиям большого числа групп защиты прав душевноболь-

Рандеи VII. Превенция

ных, а также изменениям общественному сознанию. Тем не менее, многие пациенты все еще не желают привлекать свои семьи в процесс лечения из-за чувства стыда. Они уверены, что смогут справиться с ситуацией сами. Задача клинициста состоит в том, чтобы убедить пациента в необходимости сотрудничества в соответствии с новым планом. Вообще говоря, открытое обсуждение суицидальных мыслей и чувств с членами семьи дает основание поверить, что возможность высказаться уже сама по себе является помощью. Так, неожиданно, суицидальное мышление перестает быть грехом, который нужно скрывать, а становится проблемой, требующей разрешения (2).

Причины, по которым необходимо участие семьи

Дополнительная информация

Семья может предоставить врачу дополнительную важную информацию о поведении пациента. Особенно что касается проявлений гнева и импульсивности, поскольку сам пациент неохотно говорит об этих симптомах. В нашей клинике амбулаторно лечился 26-летний больной депрессией. После того, как врач обсудил состояние пациента с его женой, сообщившей о вспышках гнева и импульсивности мужа (серьезный фактор риска

летальности суицидальных намерений) и рассказавшей об одном вечере, когда в ярости ее муж швырнул о стену аквариум, уничтожив призовую коллекцию тропических рыбок, план лечения был радикально пересмотрен в сторону обеспечения безопасности и предотвращения самоубийства.

Отношения, которые оказывают влияние

Разъяснение семье деталей болезни может оказать влияние на отношение членов семьи к пациенту и их поведение. Практика показала, что сообщение пациенту и семье о сути и особенностях его заболевания является эффективным средством; в результате порой можно избежать госпитализации, сократить сроки пребывания в больнице и снизить уровень самоубийств среди пациентов с такими серьезными психическими заболеваниями, как шизофрения и биполярные расстройства (3). Доказано, что в связи с высокой частотой серьезных психических заболеваний среди суицидентов подобный образовательный подход является весьма эффективным.

В одном описанном случае молодая образованная женщина, у которой муж находился в глубокой депрессии, признала поразительную не-

256

Глава 2f> Карен Данн-Максим, Эдвард Дж Данн Семья в процессе превенции и

поствснции самоубийств

продуктивность ее отношении с мужем. Она вспоминала, как «пилила» его по поводу отлынивания от домашнего хозяйства «Я думала, что он лентяй. Теперь я понимаю, что вся его энергия уходила на то, чтобы оставаться в живых». Узнав больше о его болезни, она смогла изменить свою позицию. Когда с помощью психотерапии и лекарств с депрессией мужа справились, она способствовала его выздоровлению.

Обеспечение ресурсами

Оценка дополнительного ресурсного значения семьи для пациента может оказать влияние на решение о его госпитализации или амбулаторном лечении. В большинстве случаев семьи суицидентов, подобно семьям онкологических и кардиологических больных, чувствуют себя более уверенно, если имеют возможность помогать своим близким в процессе выздоровления. Они легко могут стать важным звеном в системе лечебных мероприятий.

Однако бывают ситуации, когда семья настолько измучена или истощена, что не может служить позитивным ресурсом для клиента. Это положение особенно касается случаев злоупотребления алкоголем или наркотиками, хронических психических заболеваний или горя после смерти члена семьи. В этих ситуациях суицидального пациента лучше госпитализировать и использовать интенсивную семейную терапию как часть лечебного плана. Например, 50-летнюю женщину с суицидоген-ной депрессией решили госпитализировать после отказа ее мужа участвовать в лечении и случаев его оскорбительной словесной и физической агрессивности. Домашнюю обстановку сочли опасной и неспособной защитить больную от импульсов саморазрушения.

Культуральный фактор

При терапевтическом вмешательстве очень важно представлять себе культуральные особенности семьи. Отношение к психическим болезням существенно отличается в разных культурах и поколениях. Если семья является частью плана лечения, то очень важно выяснить отношение членов и учесть в плане. В одной из наблюдавшихся нами семей отец понимал, что сыну, у которого были отчетливые суицидальные тенденции, необходимо психиатрическое лечение, а мать придерживалась установки, что проблему нельзя выносить за рамки семьи и ее следует решать своими силами. Врач понял, что не может рассчитывать на выполнение матерью его рекомендаций, которые могут сохранить сыну жизнь, и полагал-

257

Раздел VII. Превенция

ся только на отца. Подобное отношение не является редкостью. Оно может подвергнуть пациента опасности, если клиницист априорно считает, что все в семье согласны с необходимостью лечения.

Самоубийство в семье

Самоубийство в семье является разрушающим событием для всех ее членов, оставшихся в живых. Они отчаянно ищут объяснений случившемуся. Эти объяснения могут быть различными: от отрицания причины смерти или отнесения происшедшего в разряд несчастных случаев или убийства до поиска причин и обвинения в случившемся других членов семьи. Пока члены семьи не в состоянии принять трагедию и открыто обсудить ее между собой, семья отличается необычайной уязвимостью и может расколоться как раз в то время, когда она в качестве источника поддержки более всего необходима каждому из своих членов. Распространено мнение, что чем раньше вмешаться в таких случаях, тем лучше окажется исход.

В прошлом психиатрическая система была свидетелем изменения отношения к членам семьи, пережившим суицид близких (выжившим). Раньше с ними взаимодействовали формально (за исключением, возможно, участия в «описании инцидента», если смерть произошла во время наблюдения суицидента психиатрической службой). Подобный порочный подход (политика «руки прочь») был основан на том, что люди, совершившие самоубийство, часто оказывались пережившими суицид близкого человека (выжившими). Независимо от обусловленности повышенного риска суицида среди выживших внешними или генетическими факторами (вероятно, необходимо учитывать оба элемента), эта ситуация, без сомнения, требует вмешательства.

Психотерапевт как «выживший»

Существуют два рода обстоятельств, когда практикующие врачи встречаются с выжившими, и каждый из них требует своего подхода.

Первая ситуация — если врач или психотерапевт был человеком, который непосредственно лечил или консультировал суицидента. После самоубийства ему приходится общаться со многими людьми, часть из которых могут иметь цели, противоположные его намерениям. В силу обстоятельств или долга врач не может избежать этих контактов и часто, переживая возможные обвинения со стороны начальства и коллег, может почувствовать утрату своей ценности как клини-

258

I laesi 28 Карен Дайн-Максим, Эдвард Дж Данн Семья в процессе превенции и

поственции самоубийств

циста. Власти, страховые компании и отделы контроля качества лечения могут требовать от врача отчета в поисках объяснения этого события, и, как правило, их интересуют предельно простые ра!ьяснения, в то время как однозначного ответа не бывает. Часто семьи, пережившие суицид, зная о том, что погибший наблюдался у данного врача, обращаются в службы надзора или иные инстанции для объяснений причин смерти. Если врач общался с семьей в ходе предсуицидального периода, то она знает дорогу к нему, и члены семьи сами обращаются за разъяснениями. С другой стороны, если подобных контактов у врача или психотерапевта с семьей не было, она может чувствовать себя обделенной информацией и искать возможности ее получения. Практика показала, что самая лучшая позиция врача состоит в объективных и честных ответах на все вопросы семьи и максимальной открытости относительно последних недель и дней лечения (в пределах профессиональной конфиденциальности). Если врач (психотерапевт) придерживался стандартов помощи суицидальному пациенту, то, в основном, ему нечего бояться этой беседы, и его позиция может очень помочь семье. Он должен рассматривать и себя как «пережившего суицид», поскольку эта

смерть пробуждает в нем многие из эмоций, которые испытывает семья. Мы считаем, что врачу целесообразно посетить похороны пациента (при отсутствии возражений семьи). Тем не менее, мы не рекомендуем ему в дальнейшем оказывать какую-либо (медицинскую, психологическую) помощь членам семьи. Лучше предоставить это другому специалисту. В идеале им должен быть человек, имеющий опыт работы с семьями, пережившими суицид, к которому и следует направить семью.

Возврат семьи к нормальной жизни

Второй вариант развития событий возникает, если врач или психотерапевт контактировал с членами семьи, пережившей суицид близкого родственника, находившимися в состоянии стресса. Если потеря является недавней, мы рекомендуем врачу встретиться со всей семьей несколько раз для помощи в преодолении горя и обнаружения источников поддержки друг для друга в этой ситуации (6). Подобное раннее вмешательство часто бывает самым главным, что требуется для возвращения каждого члена семьи к нормальной жизни. Если смерть произошла давно, или вся семья целиком недоступна контакту, конструктивной может стать индивидуальная работа с ее членами, что, как пра-

259

Раздел VII Превенция

вило, позитивно отражается на всей семье. Целью семейного и индивидуального лечения является возврат к функционированию на уровне, сравнимом с жизнью до самоубийства. Она влечет за собой следующие терапевтические задачи:

- обучение знаниям о процессе горя,
- демистификация самоубийства;
- устранение чрезмерных чувств вины, стыда и взаимных обвинений;
- оценка потенциального суицидального риска у выживших и ответная реакция.

Обучение знаниям о процессе горя

У большинства людей опыт личного горя является небольшим, но представлений о нем бывает немало, поэтому порой люди озадачиваются тем, что реальное горе не совпадает с придуманным шаблоном. Это обстоятельство является особенно важным для выживших, поскольку они считают, что смерть от самоубийства нарушает «нормальный» процесс горя. Помощь может состоять в исследовании ожиданий о переживании горя у выживших и коррекции любых возникающих нереалистических ожиданий (типа «Я преодолею это в течение года» или «С каждым днем я буду себя чувствовать лучше»). Мы должны уважать право людей переживать горе в своем темпе, уважая и темп других. Этот подход становится особенно важным в семье, где произошло самоубийство, поскольку она обнаруживает сверхчувствительность к появлению «аномальности» и некоторые ее члены могут проявлять нетерпимость к проявлениям горя у своих близких, если они отличаются от их собственных.

Демистификация суицида

Самоубийство является многофакторным явлением, хотя многие пытаются отыскать простые и однозначные объяснения. Важно, чтобы члены семей, переживших суицид, расширяли свое понимание факторов, обусловивших смерть любимого человека, которые включают не только разочарование и отчаяние, но и психическое заболевание (у 90 % самоубийц могло быть серьезное психическое заболевание с нарушениями сознания или мышления). Врачу, работающему с членами семьи, пережившей суицид, безусловно, следует обладать глубокими знаниями о суициде и умением поделиться ими с семьей в доступных рамках.

260

и

поственции самоубийств

Устранение чрезмерных чувств вины, стыда и обвинений

Очень трудно избежать возложения вины на других в случившемся суициде. Поскольку жертва не в состоянии объяснить происшедшее, самоубийство влечет за собой появление у окружающих склонности приписывать себе или другим большее значение в случившемся, чем это есть на самом деле. Преувеличенная ответственность может привести к болезненным переживаниям и нежеланию простить себя, а также разрушению семьи. Врач должен помочь выжившим прийти к реалистической оценке своей роли в ситуации без потери веры в себя и других

Оценка потенциального суицидального риска и ответная реакция

Самоубийство любимого человека зарождает в умах у выживших мысль, что в какой-то мере оно может стать приемлемым решением жизненных трудностей. Эта опасная мысль подвергает их повышенному риску сведения счетов с жизнью. Врач должен прямо задать членам семьи вопросы о наличии у них мыслей о самоубийстве. Ему следует разъяснить, что подобная реакция является «типичной» для выживших, и помочь в понимании источника этой мысли. Следует обратить внимание на актуализацию у них внутренних ресурсов для преодоления этих мыслей.

Одним из наиболее важных нововведений в лечении переживших суицид в последние годы стало появление и развитие групп самопомощи. Существует много их разновидностей с разной степенью эффективности. Тем не менее между ними много общего, и самым полезным для выживших является присутствие рядом других людей, переживших подобное. Эти группы, используя эмпатию, эффективно работают с последствиями суицида. Они действительно являются альтернативным вариантом помощи выжившим. По крайней мере, врачам следует знать, где собираются эти группы, а если таковых нет — стимулировать их создание и работу (7)

История болезни

Однажды Карен (одному из авторов этой главы) позвонил обезумевший от горя человек, жена которого только что покончила с собой, отравившись выхлопными газами своей машины в безлюдной лесной зоне в нескольких километрах от их дома Она лечилась от депрессии,

261

Раздел VII Превенция

и, казалось, уже шла на поправку, поэтому ее самоубийство было громом среди ясного неба. Она оставила родным записку, где говорилось, что она всех любит, но больше не в силах жить в состоянии оцепенения. Ее муж просил о помощи, поскольку у него возник конфликт с родственниками жены по поводу сообщения детям о смерти их матери. Он хотел сказать им правду, но родственники жены считали, что детям не следует говорить, что смерть матери была самоубийством.

Карен объяснила, что детям следует сказать правду о происшедшем, но информацию следует сочетать с разъяснением, что мать страдала депрессией, которая нарушает мышление человека. Ее убежденность была основана на пятнадцатилетнем опыте работы со взрослыми, которым в детстве не сказали правды о причине смерти родителей. В основном им говорили, что смерть была вызвана сердечным приступом или автомобильной аварией, и лишь позднее им так или иначе становилась известной действительная причина смерти. Один из таких пациентов поделился, как он начал подозревать, что история, которую ему рассказывали, является обманом: «Каждый раз, когда мне говорили о смерти моей матери, я слышал неуверенность в их голосах. Это было похоже на то, как слова не соответствуют музыке». Постепенное выяснение правды оказывается чрезвычайно болезненным. Люди, пережившие самоубийство близкого человека, часто описывают, что

переживают скорбь каждый раз, когда узнают какую-либо дополнительную информацию. Карен предложила вдовцу, что она встретится с родственниками его жены и постарается убедить их в важности сообщения детям правды. Встреча прошла хорошо. Детям решили сказать, что мать умерла от «мозгового приступа», т.е. что депрессия затуманила ее мышление, и она не видела другого пути решения своей проблемы. Таким образом, самоубийство уподобили сердечному приступу, при котором сердце не может нормально функционировать. Кроме того, Карен предложила, чтобы дети приняли участие в подготовке погребального ритуала. Дети были удовлетворены доставшейся им ролью; они выбрали для церковной церемонии красные розы. В последующие месяцы вдовец посещал группу поддержки, встречаясь с другими людьми со схожими переживаниями. Дети посещали еженедельную группу вместе с другими детьми, понесшими утрату. Более того, впоследствии вдовец признался, что ныне родители других детей из группы поддержки являются его ближайшими друзьями.

262

Глава 28 Карен Жанн-Максим, Эдвард Дж. Панн. Семья в процессе превенции и

поственции самоубийств

По прошествии пяти лет он вновь женился, а его дети, которые в течение этого времени получали индивидуальную терапию для преодоления трудных психологических переживаний, сейчас вполне социально адаптированы и успешно учатся. Каждый год в годовщину смерти своей матери они приносят в церковь в память о ней красные розы.

Библиография

1. Alvarez A. A savage God: a study of suicide. New York: Random House; 1970.
2. Shea S.C The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors. New York: John Wiley and Sons; 1999.
3. McFarlane W R., Dushay R., Lukens E., et al. Multiple family groups in psycho-educational treatment of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry. 1995; 52:679—687.
4. Jamison K.R. Night falls fast: understand suicide. New York: Alfred A. Knopf; 1999.
5. Dunne E.J., McIntosh J.L., Dunne-Maxim K. Suicide and its aftermath: understanding and counseling the survivors. New York: W.W. Norton; 1987.
6. Dunne E.J. Psychoeducational intervention strategies for survivors of suicide. Crisis. 1992; 13:35—40.
7. World Health Organization. How to start a group of survivors of suicide and be successful. A resource for setting up a self-help support group for those bereaved by suicide. Geneva: World Health Organization; 2000.

263

В. Перспективы общественного здоровья

29

Перестройка в бывшем СССР: самая эффективная в истории программа суицидальной превенции у мужчин

Данута Вассерман, Айри Вярник

Перестройка: снижение потребления алкоголя и преисполненное надежд общество

В СССР самоубийство считалось запретной темой. Однако после коренных политических изменений второй половины 1980-х, связанных с перестройкой во время режима Михаила Горбачева, в 1989 году были открыты национальные архивы. С этого момента они стали доступными для исследований, сделав возможным изучение влияния социальных факторов большого масштаба на уровень самоубийств. Перестройка характеризовалась

открытостью и свободой, а также политическими реформами. На торговлю алкоголем были наложены строгие ограничения, активно поощрялось новое осуждающее отношение к его потреблению (1).

Снижение уровня самоубийств

Используя ранее закрытые данные о самоубийстве, насильственной смерти и алкогольных отравлениях, мы исследовали статистику случаев смерти среди населения всех пятнадцати республик СССР за 1970 — 1990 годы и по различным возрастным группам за 1984 — 1990 годы. Самые высокие уровни самоубийств были отмечены в славянских республиках (Россия, Украина, Белоруссия), Казахстане (с его высоким процентным содержанием славян в популяции) и странах Балтии (Литва, Латвия и Эстония). В этих республиках уровни суицида были при-

264

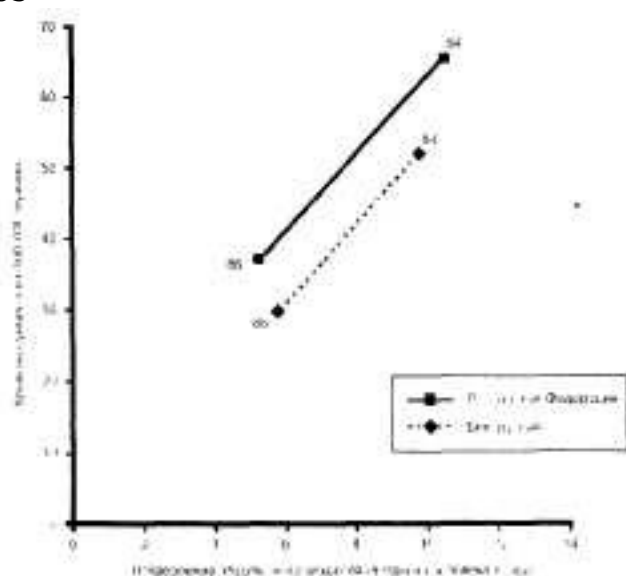
Гшва 29 Данута Вассерман, Айри Вярник Перестройка в бывшем СССР' самая эффективная в истории программа суицидальной превенции у мужчин мерно в 10 раз выше, чем на Кавказе (в Армении, Азербайджане и Грузии), где отмечались самые низкие показатели. Эти значительные региональные отличия объясняются в большой степени национальными и культурными различиями (2).

1984 год стал последним годом застоя — периода, характеризовавшегося централизацией политической и экономической власти и изоляцией от других стран. 1986 — 1988 годы были годами пика процессов перестройки. За период с 1984 по 1986 гг. частота самоубийств среди мужчин в СССР снизилась на 40 % (рис. 29.1), в то время как в 22 европейских странах за тот же период мужские суициды снизились всего на 3 %. Это уменьшение отмечалось во всех 15 республиках СССР. Наибольшее падение уровней наблюдалось в России и Белоруссии, где самоубийства у мужчин снизились на 42 % (3).

Резкое снижение, суицидов наблюдалось и среди женщин (4), однако из всех групп населения наибольшим оно было у трудоспособных мужчин в возрасте 25—54 лет. Вероятно, в этом возрастном периоде

Рис. 29.1. Годовые уровни самоубийств на 100 000 мужчин и потребление абсолютного алкоголя в литрах на душу населения в Российской Федерации и Белоруссии. 1984 и 1986 гг.

265



Pairiei VII Превенция

человек наиболее активно откликается на социальные перемены и антиалкогольную политику (5) Ни в одной другой стране мира в XX веке не было отмечено подобного снижения в этой возрастной группе (1, 6).

Эти результаты иллюстрируют наиболее эффективную в истории программу

суицидальной превенции у мужчин. Нет сомнения, что значительное снижение уровня самоубийств совпадает с периодом реформ в СССР, известным как перестройка. Невозможно однозначно утверждать, что привело к наблюдавшемуся также снижению смертности от насильственных причин и связанных со стрессом заболеваний, таких как сердечно-сосудистые — были ли это надежды на лучшее будущее и большую свободу, или же сказалась жесткая антиалкогольная политика, проводившаяся М. Горбачевым. Вероятно, важными являются оба фактора.

Описанное снижение смертности не является статистической ошибкой. Другая исследовательская группа, как и наша, показала, что достоверность данных о смертности была достаточно высокой, и по сравнению с предыдущим периодом во время перестройки процесс сбора и качество данных не изменились.

Уровень самоубийств возрос после отмены ограничения алкоголя

К сожалению, эффект суицидальной превенции, наблюдавшийся во время Горбачевских реформ, не был продолжительным. После 1988 года стало стремительно нарастать нелегальное производство алкоголя. Недостаток денежных средств сделал невозможным продолжение антиалкогольной компании, и усилия по изменению отношения к алкоголю в бывшем СССР были сведены на нет. С 1990 года в стране начался пиковый рост уровня суицидов и наряду с ним — уровня общей смертности (8).

Антиалкогольные меры снижают уровень самоубийств

Имеются данные, что некоторые «естественные» эксперименты, подобные «сухому закону» в США в 1910 — 1920 годах, резкому подъему цен на алкоголь в Дании в 1922 — 1924 годах и ограничению продажи алкоголя в Швеции, связанного с введением продовольственных книжек в 1950-х, вызывают заметное падение уровней самоубийств (9—11).

Клинические исследования в суицидологии не раз подтверждали, что одним из факторов, существенно способствующим суицидальным мыс-

266

Иаеа 29 Данута Вассерман, Аири Вярник Перестройка в бывшем СССР самая эффективная в истории программа суицидальной превенции у мужчин

лям и действиям, является чувство безнадежности, а также что алкоголизм является фактором высокого суицидального риска (см. главу 5) В свете этих фактов не вызывает удивления, что перестройка в бывшем СССР, которую также можно рассматривать как грандиозный естественный эксперимент, по сути стала самой эффективной программой суицидальной превенции мужчин нашего времени. Этот период жизни в стране характеризовался обилием надежд, большими ожиданиями и снижением потребления алкоголя Реформы Горбачева включали различные мероприятия, в том числе радикальные антиалкогольные меры, интенсивные усилия по изменению отношения к нему на всех уровнях (от верхушки политических лидеров страны до широких общественных масс) и ужесточение санкций, когда стало ясно, что основные цели реформ не достигнуты. Благодаря правительственным ограничениям резко упали производство и продажа алкогольных напитков В административном порядке на различных уровнях были введены такие меры, как наложение разнообразных взысканий, например за распитие спиртного в общественных местах или на работе, а также ряд эффективных шагов, нацеленных на изменение отношения к алкоголю. На любом уровне в советском обществе в течение эры Горбачева предлагать алкоголь, к примеру, на официальных обедах было запрещено. Выпивка больше не являлась признанным способом утверждения мужественности.

Ограничения потребления алкоголя имеют различные эффекты в разных странах

Возникает вопрос, могут ли меры по ограничению потребления алкоголя оказать одинаковое влияние в странах с различными культурами? Корреляция

между уровнем потребления алкоголя и смертностью от суицида варьирует между разными странами (12), в некоторых вообще не удается проследить четкой связи между снижением или увеличением потребления алкоголя и, соответственно, снижением или увеличением смертности от самоубийств. По-видимому, на количество больных алкоголизмом в обществе влияет не только доступность алкоголя, но и степень терпимости общества к алкоголю и одобрения его употребления и злоупотребления. В культурах, где алкоголь является более приемлемым, больных алкоголизмом обычно больше, следовательно, эти культуры содействуют определенным формам поведения. Таким образом, важно искать причины того или иного уровня потребления алкоголя в каждой отдельной нации

267

Рauh'.i VII. Превенция

Ограничение потребления алкоголя снижает частоту самоубийств у больных алкоголизмом

Анализ причин и связей на совокупном уровне чаще является не вполне надежным ввиду возможного влияния случайных факторов. В то же время исследования в Дании показали, что уровень самоубийств среди больных алкоголизмом упал, когда потребление алкоголя снизилось в результате резкого роста цен, в то время как частота суицидов у не-алкоголиков не изменилась (10, 13). Кроме того, исследования на индивидуальном уровне ясно указывают на вклад алкогольных проблем в суицидальную смертность и дают дополнительные аргументы для интерпретации данных о снижении числа самоубийств во время перестройки.

Лечение психических расстройств следует сопровождать ограничением доступа к алкоголю

При планировании мероприятий по суицидальной превенции кроме антиалкогольных мер необходимо учитывать и другие факторы. Самоубийства у больных алкоголизмом являются следствием психиатрических и психосоциальных факторов, на которые невозможно воздействовать только снижением доступности алкоголя. Мероприятия по суицидальной превенции должны включать в себя лечение основного психического заболевания, усиление роли социальных институтов и обучение адекватным защитным стратегиям борьбы с трудными ситуациями наряду с мероприятиями в сфере общественного здоровья, регулирующими доступность алкоголя.

Библиография

1. Wasserman D., Varnik A., Dankowicz M., Eklund G. Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Ada Psychiutr. Scand. Suppl.* 1998; 394:1- 44.
2. Wasserman D., Varnik A., Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika. 1984- 1990. *Ada Psychiutr. Scand.* 1998; suppl. 394:5 12.
3. Wasserman D., Varnik A., Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Ada Psychiutr. Scand.* 1994; 89:306 313.
4. Wasserman D., Varnik A., Eklund G. Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR. *Ada Psychiutr. Scand.* 1998; suppl. 394: 26 33.

268

Глава 29. Данута Вассерман, Апри Вярник. Перестройка в бывшем СССР: самая эффективная в истории программа суицидальной превенции у мужчин

5. Varnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund G. Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. *Ada Psychiutr. Scand.* 1998; suppl. 394:20—25.
6. Wasserman D., Dankowicz M., Varnik A., Olsson L. Suicide trends in Europe, 1984 -1990. In: Stefanis CN (ed.). *Biopsychosocial approaches to suicide. The*

Netherlands: Elsevier Science. 1997.

7. Leon D., Chenet L, Shkolnikov V., et al. Huge variation in Russian mortality rates

1984 ■ -1994: artefact, alcohol or what? Lancet. 1997; 350:383—388.

8. Varnik A. Suicide in the Baltic countries and in the former republics of the USSR. Karolinska Institute, Stockholm: Doctoral dissertation; 1997:1—169.

9. Nørslø T. Alcohol and suicide in Scandinavia. Br. J. Addict. 1988; 83:553-559.

10. Skog O.J. Alcohol and suicide in Denmark 1911—1924: experiences from a «natural experiment». Addiction. 1993; 88:1189—1193.

11. Wasserman I.M. The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States. 1910-1920. Suicide Life Threat. Behav. 1992; 22:240-254.

12. Lester D. The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations. Alcohol. Alcohol. 1995; 30:465—468.

13. Skog O.J. Alcohol and suicide: Durkheim revisited. Ada Sociol. 1991; 34:193 — 206.

269

30

Контроль окружающей среды как
средство суицидальной превенции

Антон Динаре

В XX веке существовало два основных традиционных подхода в суицидальной превенции: клиническое лечение суицидальных личностей (например, медикаментозное лечение, психотерапия или госпитализация) и организация центров превенции самоубийств или превентивных программ в обществе (например, для школ). Тем не менее, в суицидальной превенции существует еще один подход (один из старейших), который известен как контроль окружающей среды. Например, изъятие штыка у раненого в бою солдата является давно известным способом профилактики самоубийства. Однако до недавнего времени эту тактику превенции обсуждали редко. Видимо, это связано с тем, что большинство работ по суицидальной превенции и интервенции ограничивались сферой клинических учреждений. Одним из первых о контроле окружающей среды как средстве снижения вероятности самоубийства заговорил Штенгель. Он заметил, например, что детоксикация бытового газа (замена угля, при сгорании которого образуется много угарного газа, на природный газ) могла бы снизить уровень самоубийств. По его предложению в Англии и Уэльсе были проведены исследования относительно детоксикации бытового газа. Последний обзор Кларка и Лестера (2) и анализ ситуации в 12 странах, проведенный Линарсом и др. (3), подтвердили эффективность этого подхода.

Данный подход в предотвращении самоубийств включен в один из отчетов Всемирной организации здравоохранения по суицидальной превенции (4). Меры в отношении окружающей среды, такие как усиление контроля за владением огнестрельным оружием, детоксикация бытового газа, снижение токсичности автомобильных выхлопов, конт-

270

Глава 30 Антон Динаре. Контроль окружающей среды как средство суицидальной превенции

роль доступности токсических веществ, включая лекарственные препараты, а также внедрение рекомендаций по освещению самоубийств в прессе показали их отчетливую эффективность в суицидальной превенции. Кроме того, Всемирная организация здравоохранения предложила ряд других мероприятий под рубрикой «другие меры», куда вошли такие подходы, например, как ограждение высотных зданий и мостов. Четкие доказательства эффективности этих «других мер» отсутствуют, но одно исследование, хотя и не убедительное на 100 %, свидетельствует, что пять типов мер, направленных на окружающую среду и описанных ниже, являются эффективными

средствами снижения частоты самоубийств.

Огнестрельное оружие

Контроль над оружием часто упоминают как типичную меру суицидальной превенции, направленную на окружающую среду. Возможность изучения влияния законодательных мер (законов о контроле над оружием) на использование оружия с целью самоубийства появилась в 1977 году в Канаде после введения поправки к уголовному законодательству (законопроект С-51), которая вступила в силу с 1978 года. Первые комментаторы влияния этого закона обнаружили незначительное снижение частоты самоубийств с использованием огнестрельного оружия в Канаде, однако они представили только диаграммы без какого-либо статистического анализа тенденций. Линарс и Лестер (5) исправили это упущение и опубликовали всестороннее исследование превентивного влияния этого закона в Канаде. Оно убедительно показало, что переход к более строгому контролю над огнестрельным оружием действительно снизил частоту его использования в целях самоубийства. Более того, снизилось использование и других способов самоуничтожения. Впоследствии Линарс и Лестер показали, что контроль над оружием как мера суицидальной превенции обладает наилучшим эффектом у молодежи и является менее эффективным среди людей старше 65 лет и женщин. Аналогичные тенденции выявлены в отношении частоты убийств и смертей от несчастных случаев.

Другие средства самоубийства

Спектр мер, направленных на среду обитания, естественно, шире, чем только контроль над оружием, хотя эта мера и является образцом. В

271

Район VII. Превенция

США и Канаде ужесточение контроля за оружием в личном пользовании, вероятно, имеет особый смысл, поскольку в этих странах оно является основным методом самоубийства. В других странах огнестрельное оружие не столь часто выступает в качестве средства суицида. Например, на Кубе оно является наиболее редким. В Китае женщины, проживающие в сельской местности, очень часто в качестве средства самоубийства используют пестициды. В других развивающихся странах отравление сельскохозяйственными химикатами также является самым распространенным методом. Популярность различных методов суицида меняется с течением времени и определяется не только культуральной приемлемостью, но и доступностью. Таким образом, средства суицида очень различаются, и хотя контроль над оружием в этих регионах может иметь мало смысла, эту тактику все же можно использовать, как предложено в докладе Всемирной организации здравоохранения.

Сообщения средств массовой информации

Контроль над средой обитания касается не только доступности средств самоубийства. Всемирная организация здравоохранения отмечает эффективность исследований по влиянию средств массовой информации. Несколько отчетов по суицидологии показали связь сообщений средств массовой информации о самоубийствах и суицидального поведения в обществе. Например, в Вене после открытия в 1978 году метро участились случаи сведения счетов с жизнью под колесами поездов. Пресса описывала эти события, как правило, в драматическом виде; в результате Эцкерсдорфер и Зоннек разработали указания по освещению самоубийств в средствах массовой информации. Тон их изменился, и число самоубийств и суицидальных попыток в метро снизилось более чем на 80 % и с тех пор пребывало на низком уровне. Таким образом, принцип контроля над окружающей средой — в данном случае над сообщениями средств массовой информации — вновь показал свою полезность.

Доступность медикаментозных средств

В действительности контроль среды обитания не является чем-то абсолютно новым для психиатров. Контроль доступности медицинских препаратов — это обычная практика и один из пяти эффективных подходов суицидальной превенции, признанных ВОЗ. В 1972 году

272

Глава 30 Антон Jluuapc. Контроль окружающей среды как средство суицидальной превенции

Оливер и Хетзел (7) первыми обратили внимание на негативный эффект легкой доступности лекарственных препаратов. Существуют различия в уровнях смертности, обусловленных передозировкой препаратов (например, антидепрессантов и седативных средств). В обычной практике рекомендуется, чтобы назначения препаратов с повышенным риском были безопасными для пациентов, т.е. они выписывались бы в небольших количествах. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения эта тактика согласуется с концепцией контроля окружающей среды в целях предотвращения самоубийств. Эта организация даже предложила, чтобы фармацевтическая промышленность внесла свой вклад, наладив выпуск подходящих дозировок и упаковок.

Меры в сфере общественного здоровья

Подход, основанный на контроле среды обитания, естественно, гораздо шире ограничения доступности токсических веществ. Изучение таких мер, как контроль над владением оружием и организация ограждений мостов, демонстрирует необходимость комплексных решений в сфере суицидальной превенции. Этот подход может не только оказать влияние на службы, принимающие в ней непосредственное участие, но и отразиться на мерах в сфере общественного здоровья. Например, мера по снижению токсичности бытового газа была поддержана исследованиями Крейтмана (8), который доказал, что она сохранила множество жизней. Несмотря на необходимость дальнейших исследований, ограничение доступа к средствам суицида и более широкий подход контроля среды обитания могут стать жизнеспособными стратегиями суицидальной превенции во всех регионах мира.

Клиническая практика

Несмотря на рекомендации Всемирной организации здравоохранения и результаты исследований, существуют отчетливые недостатки в отношении влияния этого подхода на клиническую практику. Иллюстрацией является недостаточная осведомленность пациентов о мерах ограничения. Например, отсутствие должного образования показано в исследовании Уислара и др. (9), которые провели опрос молодых людей в отделении скорой помощи больницы, поступивших с целью оценки состояния психического здоровья, 40 % которых обнаруживали суици-

273

j VII. Превенция

дальние тенденции. Опрос выявил, что пациенты не знали о целесообразности мер ограничения. Хотя эта тема требует дальнейшего изучения, это исследование и другие работы со схожими выводами призывают к повышенному вниманию за контролем окружающей среды при лечении суицидальных пациентов. Недостаток знаний о важности ограничения средств самоубийства может стать серьезным упущением всей системы помощи, и он относится не только к оружию, но и к другим средствам (например, медицинским препаратам). Подобные исследования могут иметь серьезные последствия для работы с суицидальными пациентами. Консультации в случаях угрожающего суицидального риска, особенно, летальными средствами, следует сопровождать мерами защиты по контролю окружающих факторов, таких как безопасность в отношении оружия и медикаментов. Врач должен обязательно задавать соответствующие вопросы пациенту и его семье. В заключение следует отметить, что самоубийство и суицидальное поведение

— это мультифакторные явления (что неоднократно упоминалось в этой книге). Комплексность этиологии ведет к необходимости соответствующих комплексных решений. Под предотвращением самоубийств и суицидальных попыток можно понимать любое действие, которое вносит вклад в снижение их частоты. Подход, известный как контроль среды обитания, показал свою эффективность. Это третье направление превенции отличается от традиционного лечения и программ центров по предотвращению самоубийств; и в свете проведенных исследований его не следует игнорировать в клинической практике.

Библиография

1. Stengel E. Suicide and attempted suicide. Baltimore: Penguin; 1964.
2. Clarke R., Lester D. Suicide: closing the exits. New York: Springer-Verlag; 1989.
3. Leenaars A., Cantor C, Connolly J., et al. Controlling the environment to prevent suicide: international perspectives. Can. J. Psychiatry. 2000. In press.
4. Bertolote J. (ed). Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: suicide. Geneva: World Health Organization; 1993.
5. Leenaars A., Lester D. The impact of gun control on suicide: studies from Canada. Arch. Suicide Res. 1998; 4:25–40.
6. Etzersdorfer F... Sonneck G Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980 - 1996. Arch. Suicide Res. 1998; 4:67- 74.
7. Oliver R., Hetzel B. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative-availability. Mecl. J. Aust. 1972; 2:919–923.

274

Глава 30. Антон Линарс. Контроль окружающей среды как средство суицидальной превенции

8. Kivitman N. The coal gas story. Br. J. Prev. Soc. Med. 1976; 30:86–93.
9. Wislar J., Grossman J., Knesi J., Fendrich M, Franke C, Ignatowicz N. Youth suicide-related visits in an emergency department serving rural counties: implications for means restriction. Arch. Suicide Res. 1998; 4:75–87.

275

31

Имитация самоубийств и роль средств массовой информации

Армии Шмитке, Сильвия Шаллер, Данута Вассерман

Имитация самоубийств

Давно известно, что совершение самоубийств и суицидальных попыток может привести к кратковременной серии актов саморазрушения (самоубийств и суицидальных попыток) среди впечатлительных людей, знавших покушавшегося на свою жизнь или получивших сведения из средств массовой информации.

Имитация самоубийств и суицидальных попыток возникает вследствие суггестивного эффекта на людей из непосредственного окружения аутоагрессивного действия человека (1) — из той же школы, тюрьмы, больничной палаты, резервации, армейской части или в результате освещения в прессе (2—13). Подобные акты или попытки самоуничтожения называются кластерными и являются особо частыми у молодежи в возрасте 15—19 лет. Примерно 1—13 % подростковых самоубийств можно рассматривать как кластерные (2).

Механизм имитации

Понятие «эффект Вертера» появилось для описания этого явления после опубликования повести Гете «Страдания юного Вертера» (1774), в которой по причине безответной любви отвергнутый Вертер, застрелившись, кончает с собой (11). Известно, что многие молодые люди в Европе последовали его

примеру, и власти в Италии, Лейпциге, Копенгагене и других местах даже юпрегли эту книгу, опасаясь волны самоубийств среди молодежи.

276

Глава 31 Армии Шмитке, Сильвия Шиллер, Данута Вассерман Имитация самоубийств и роль средств массовой информации

Ключевым механизмом кластерных суицидов является отождествление (1, 12). Впечатлительные личности, считающие свою ситуацию безнадежной и ощущающие беспомощность, находящиеся в депрессивном или кризисном состоянии, могут отождествить себя с людьми, совершившими самоубийство, несмотря на наличие конструктивных альтернатив. На них может повлиять чей-то способ разрешения жизненных проблем, и они тоже могут выбрать выход в виде саморазрушения. Этот выбор становится весьма вероятным, если средства массовой информации неизменно описывают самоубийство как импульсивный ответ на жизненные стрессы или эффектный, романтический поступок, и не приводят адекватного анализа психических заболеваний и психосоциальных проблем, лежащих в основе случившегося.

Указания ВОЗ по освещению самоубийств в средствах массовой информации Доказательных исследований, подтверждающих, что снижения кластерных суицидов можно достичь с помощью правильно составленной информации, не существует. С другой стороны, совершенно очевидно, что сенсационные и безответственные сообщения могут внести существенный вклад в ускорение или индуцирование суицидальных действий. Вероятно, ответственное отношение средств массовой информации к освещению самоубийств может противодействовать их распространению и предотвращать кластерные акты саморазрушения (12, 14).

Всемирная организация здравоохранения разработала указания по освещению самоубийств в средствах массовой информации, предписывающие, каким образом пресса и другие средства должны освещать подобные события (15). Очень важно избегать в изложении материала сенсационности, которая преподносит позицию жертвы как мужественную и желательную. Не должно быть фотографий, детального описания метода суицида или освещения самоубийства как необъяснимого, романтического или загадочного действия. Очень важно осветить психосоциальные обстоятельства и их роль в принятии решения о смерти. Следует прояснить возможную роль психических заболеваний, таких как депрессия, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, и подчеркнуть факт, что их вполне можно излечить. При этом следует обеспечить информацией о доступных источниках помощи. Можно привести положительные примеры разрешения серьезных конфликтов без суицидальных действий. Кроме того, можно описать

277

Paide.i VII. Превенция

возможные телесные последствия серьезных суицидальных попыток, такие как повреждение мозга или паралич. Следует представить рекомендации о возможности исправления сложной жизненной ситуации и предостеречь других от совершения актов саморазрушения. Самое главное — избегать формирования образа мученика, прославления самоубийства и создания ореола таинственности.

Можно утверждать, что степень имитации уменьшается, если представить альтернативы самоубийству, сопроводив их продуманной информацией о фактическом фоне суицидального поведения, лечении и существующих возможностях превенции. Сообщение обязательно должно содержать перечень (с названиями, адресами и номерами телефонов) возможных источников помощи.

Предотвращение имитации суицидальных действий в психиатрических клиниках

Кластерные самоубийства и суицидальные попытки описаны у пациентов с

шизофренией, тяжелой депрессией, алкогольной зависимостью и истероидным или пограничным расстройством личности. Если акты саморазрушения происходят в психиатрической клинике, то для снижения риска последующих кластерных суицидов жизненно важно обеспечить поддержку и модели положительного отождествления всем пациентам, а особенно — тем, у кого выявляется суицидальный риск. Лица, имитирующие суицидальные действия, часто уже проявляли суицидальность или размышляли о подобной возможности. Суицидальность впечатлительных личностей, идущих на сведение счетов с жизнью, усиливается путем отождествления с умершим или с суицидальным действием как средством разрешения жизненных проблем.

Сообщая окружающим о самоубийстве, врачи должны объективно и без идеализации проявить уважение к покойному и скорбь в связи с утратой, но одновременно подчеркнуть, что желание уйти из жизни почти всегда амбивалентно, и подобный выбор является не самым разумным разрешением проблемы. Среди прочей информации важно представить объективное описание лечения психических заболеваний, рекомендации по преодолению психологического и психосоциального стресса и подчеркнуть, каким образом на суицидальный процесс влияют отношения со значимыми людьми (см. главу 2).

Очень важно обеспечить участие персонала и других пациентов клиники в составлении перечня конструктивных возможностей разре-

278

Глава 31. Армии Шмитке, Сильвия Шаллер. Данута Вассерман. Имитация самоубийств и роль средств массовой информации
шения проблем, вероятно, оказавших влияние на самоубийство пациента в больнице, и напомнить персоналу о важности преодоления любого подавления появляющихся суицидальных мыслей и усилий, связанных с открытостью для лечения и поддержки. Пациентам следует разъяснить необходимость обязательного сообщения персоналу о суицидальных намерениях других пациентов, которое ни в коем случае не является формой обвинения.

Если в клинике лечится больной с предшествовавшей суицидальной попыткой или серьезными суицидальными мыслями, необходимо прибегнуть к стандартной оценке суицидального риска. Проводимое лечение следует сочетать с интенсивной психотерапией для проработки возможного отождествления с пациентом, совершившим акт саморазрушения.

Библиография

1. Hazell P. Adolescent suicide clusters: Evidence, mechanisms and prevention. Austr. and New Zealand J. of Psychiatry. 1993; 27:653-665.
2. Gould M.S. Teenage suicide clusters. JAMA 1990b; 263:2051- 2052.
3. Cox B., Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. J. of Epidemiol, and Community Health. 1993; 47:69—72.
4. Rissmiller D.J., Rissmiller F. Inpatient suicide epidemics and suggestions for prevention. Hospital and community psychiatry. Hosp. Community Psychiatry. 1990: 41:922- 924.
5. Taiminen T.J., Helenius H. Suicide clustering in a psychiatric hospital with a history of a suicide epidemic: A quantitative study. Am. J. of Psychiatry. 1994; 151:1087 - 1088.
6. Rubinstein D.H. Epidemic suicide among Micronesian adolescents. Social Science and Medicine. 1983; 17:657—665.
7. Hankoff L.D. An epidemic of attempted suicide. Comprehensive Psychiatry. 1961: 2:294 -298.
8. Etzersdorfer F., Sonneck G., Nagel-Kuess S. Newspaper reports and suicide. N. Eng. J. Med. 1992; 327:502- 503.
9. Marzuk P.M, Tardiff K., Hirsch C.S., et al. Increase in suicide by asphyxiation in

New York City after the publication of Final Exit. N. Engl. J. Med. 1993; 329(20): 1508 -10.

10. Philips DP, Carstensen L.L. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. N. Eng. J. Med. 1986; 315:685 -689.

11. Schmidtke A., Hafner H. The Werther effect after television films: New evidence for an old hypothesis. Psychological Medicine 1988; 18:665 -676.

279

Pautei VII. Превенция

12. Schmidtke A., Scialler S The role of mass media in suicide prevention In: K. Hawton and K. van Heenngen (eds). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide New York. Wiley. 2000:675 -697.

13. Stack S The effect of the media on suicide: evidence from Japan, 1955-1985. Suicide Life Threat. Behav 1996; 26(2): 132 -142.

14. Bennan A., Jones D.A., O'Carroll P. The aftermath of Kurt Cobain's suicide. In: De Leo D., Schmidtke J., Diekstra R.F.W. Suicide Prevention: a Holistic Approach. 1997:139 -143.

15. World Health Organization, Geneva 2000. Preventing suicide: A resource for media professionals. Department of Mental Health, Social Change and Mental Health.

280

32

Суицидальная превенция в школах

Данута Вассерман, Вероник Нарбони

Ранние программы суицидальной превенции

Работа по предотвращению самоубийств среди подростков является ответственной задачей, которой следует уделять особое внимание (1, 2). Подрастающему поколению весьма свойственны впечатлительность, увлечение новыми идеями и порой некритичное отношение к объекту своего обожания. К сожалению, склонность молодежи оказываться под чужим влиянием и без критики впитывать новые впечатления может иметь вредные и подчас губительные последствия. Влияние модных музыкальных и молодежных кумиров на подростков проявляется не только в одежде и прическах, но и в отношении к наркотикам, алкоголю, т.е. как в желательных, так и в нежелательных формах поведения.

Неудивительно, что подростки склонны подражать как хорошему, так и плохому. К сожалению, самоубийства и суицидальные попытки в молодежной среде иногда провоцирует неосторожно преподнесенная информация (3—5). Они случаются, если прославляемое или сенсационное самоубийство пробуждает фантазии молодежи, и она начинает подражать стилю саморазрушения людей, совершивших суицидальные действия, поскольку подобная жизнь описывается как привлекательная и «романтическая».

Школа как арена заботы о психическом здоровье и суицидальной превенции
Дети проводят в школах много часов изо дня в день. Эти учреждения призваны следить не только за их физическим развитием, но и за эмоциональным и познавательным ростом, развивающейся сексуальностью и приспособляемостью к будущей социальной роли. Система

281

Pautei VII Превенция

образования является по (ходящей средой для внедрения программ, нацеленных на сохранение психического здоровья и предотвращение суицидов, реализации мер и стратегий, применимых как к школьной системе в целом, так и в частных специализированных школах.

Вопросы психического здоровья и предотвращения самоубийств было бы логично ввести в школьную программу наряду с уроками о деторождении, сексуальности и физическом здоровье. Участие в подобных факультативных программах было бы полезно не только учащимся, но и персоналу школ и

родителям

Профилактика психических расстройств и психологических кризисов на ранних этапах жизненного цикла является чрезвычайно важной, поскольку их неблагоприятное влияние проявляется не только в суицидальности, но и в развитии дегенеративных и юношеских предубеждений и формировании социальных связей. Для освоения детьми и подростками навыков успешного преодоления жизненных трудностей необходимы усилия не только родителей, но и других окружающих взрослых — родителей друзей, друзей семьи и персонала школ. Эти навыки являются особенно важными для детей из распавшихся семей, или если родители не могут обеспечить поддержку возрастающим потребностям ребенка.

Психическое здоровье и суицидальное поведение среди школьников

Депрессия у молодежи становится все более частой, и ее начало приходится на более ранний возраст. Многие дети испытывают тревогу и стресс в семье и школе. В нескольких исследованиях показано, что обычно суицидальное мышление характерно для подросткового возраста, но даже среди детей младше 12 лет подобные мысли испытывают до 9 %.

В опросе шведской молодежи в возрасте 15—17 лет до 8 % девочек и 3 % мальчиков ответили, что пытались покончить с собой. Психиатрическая оценка с применением строгих критериев определения суицидальной попытки показала, что 2 % мальчиков и 4 % девочек действительно пытались совершить самоубийство. Сходные результаты присутствуют и в других, международных исследованиях (2). Эти тревожные показатели свидетельствуют, что многие молодые люди испытывают серьезный кризис, и среди школьников существует довольно большая группа, в отношении которой были бы полезны психологические и психиатрические меры — интервенция и последующее наблюдение. Для

282

Исследования Данута Ваиерман, Вероник Нарбони. Специальная превенция в школах

работы с этими подростками необходимы особые, специально разработанные психологические, психиатрические и социальные подходы. Если их не учесть в программах суицидальной превенции, то неадекватно преподанная информация вместо превенции может вызвать попытки суицида среди уязвимой молодежи (5, 6).

Неадекватная попытка осуществления программы суицидальной превенции в среде молодых людей, большей частью здоровых и счастливых, может привести к безразличию и сопротивлению с их стороны. В некоторых случаях она в состоянии даже провоцировать эксперименты с наркотиками, алкоголем и саморазрушением. Поэтому программы по психопрофилактике и суицидальной превенции не должны осуществлять недостаточно подготовленные энтузиасты или представители мира кино, театра и музыки. Однако сегодня мы знаем, что для интеллектуального и эмоционального воздействия на молодежь, развития зрелости и собственного уравновешенного стиля жизни необходимо тесное сотрудничество профессионалов и кумиров мира развлечений.

Влияние на знания и отношение к суицидальному поведению

Известен факт, что образовательные программы способствуют осознанию проблемы и расширяют знания о психическом здоровье и суицидальном поведении. Лишь небольшое число исследований описывают изменения отношения. Эстерс и др. (7) отметили существенное улучшение отношения к людям, нуждающимся в психиатрическом лечении, в результате внедрения программы, которая давала ученикам знания о психических заболеваниях и о роли различных профессионалов в сфере психического здоровья. Но можно ли подобными методами снизить суицидальное поведение? Научные публикации свидетельствуют, что некорректно преподнесенная информация может его

усилить. Но нетрудно предположить, что на развитие молодежи можно повлиять положительно, предоставив ей возможность ознакомления с позитивными примерами и зародив стремление их превзойти.

Влияние на поведение

Опубликовано несколько исследований, свидетельствующих, что программы суицидальной профилактики и интервенции могут изменить суицидальное поведение (т.е. уменьшить число самоубийств и суици-

253

Piude.i VII Профилактика

дальных попыток). Одним из наиболее адекватных в научном смысле исследований стало проведенное в США в Майами (Флорида) в течение 5 лет в сети школ изучение суицидального поведения среди школьников, участвовавших в программе профилактики и интервенции (8). В рамках этой уникальной и прекрасно организованной программы (ее описание приводится далее) при использовании подхода интервенции отмечено снижение числа суицидальных попыток на 62 % и уровня самоубийств с 87 до 31 на 100 000. Кроме того, снижение числа суицидальных попыток отмечено в результате внедрения кратковременной программы профилактики и интервенции в школах Стокгольма.

Программа суицидальной профилактики, формирующая политику, и ее широкая поддержка

Зенере и Лазарус опубликовали результаты проводившейся в течение нескольких лет в упоминавшейся сети школ программы суицидальной профилактики и кризисной интервенции. Программа была основана на тройственном подходе — предотвращении (профилактики), вмешательстве (интервенции) и последующем наблюдении (поственции), — примененном в отношении 330 000 учащихся государственных начальных и средних школ. Для младших школьников преподавание организовали таким образом, чтобы развивались их самооценка и навыки общения, умения принимать решения и модели позитивных альтернативных путей разрешения различных конфликтов. Кроме того, их обучали нахождению альтернатив алкоголю и наркотикам, развитию взаимоотношений, постижению способов преодоления стресса и противостояния групповому давлению.

Программа для учащихся старших классов была более углубленной. Например, их обучали разрешению конфликтов, принятию решений, способам преодоления стресса и т.п. Кроме того, им предоставили возможность изучения механизмов психологической защиты, осуществления собственного активного выбора и осознания факторов, влияющих на здоровье и благополучие. Кроме того, их обучали, где и как можно получить помощь.

Проведение образовательных программ обеспечивалось участием обученных и специально отобранных учителей и профессионалов — психологов и психиатров. Этот курс прошли все учащиеся сети школ. Более того, в каждой школе создали кризисные команды из 8—10 профессионалов' социальных работников, психологов, школьных соци-

284

Глава 32 Данута Вассерчан, Вероник Нарбони Суицидальная профилактика в школах

альных педагогов, учителей и иного персонала. Членов команд подбирали в соответствии с родом деятельности, навыками и интересом к проблеме. Кроме того, разработали схему, согласно которой каждая школа и команда в определенное время отчитывались о проведении программы, осуществлялся сбор данных для оценки ее эффективности. Все родители информировались о программе, кроме того, им предоставлялась возможность участия в учебных курсах по интересующим проблемам. Администрация школ получала всю информацию о ходе проекта и поддерживала политику и обучающие программы, которые претворял в жизнь персонал школ. О программе знали

правительство и администрация охваченной территории. Скрупулезная подготовка и надлежащее обеспечение позволили путем быстрого и эффективного вмешательства и последующего наблюдения оказать помощь уязвимым детям и подросткам, поскольку все были подготовлены к принятию необходимых мер.

В каком возрасте следует школьникам изучать суицидальное поведение?

Во Флориде выбор сделали на введении в обязательную программу одного семестра 10-го класса (возраст 15 лет) уроков о самоубийстве среди подростков и различных стратегиях преодоления стресса и разрешения конфликтов.

В нескольких школах Стокгольма программу суицидальной превенции вначале ввели для учащихся колледжа первого и второго года обучения (возраст 16—17 лет), а позднее в 8 и 9 классах средних школ (возраст 14—15 лет). Содержание стокгольмской программы совпадает с флоридским проектом формирования жизненных навыков, однако она была гораздо короче. Администрация школы и весь персонал прошли обучение по проблемам психического здоровья, психических заболеваний и предотвращению самоубийств. Программу ввели в нескольких экспериментальных классах, и результаты сравнили с контрольными классами. Об эксперименте предупредили родителей и местный департамент здравоохранения. Программа для школьников Стокгольма состояла из 5 лекций по 11 следующим темам:

- влияние эмоции на стресс;
- развитие идентичности;
- психологический кризис;
- стрессы школьного возраста;

285

Part VII. Превенция

- хулиганство;
- депрессия у молодежи;
- суицидальные мысли;
- суицидальные попытки и самоубийство;
- комплексный подход к здоровью (медицинский, психологический и социальный);
- возможности психосоциальной работы в классе;
- использование музыки, изобразительного искусства и поэзии для оздоровления.

Краткие уроки теории сопровождались ролевыми психодраматическими упражнениями, в которых учащиеся воссоздавали различные конфликты и жизненные ситуации и вырабатывали пути их разрешения. В программе участвовали медицинские сестры и социальные работники, ее поддерживали другие профессионалы системы здравоохранения и учителя (9). Она оценивалась по степени овладения навыками общения со сверстниками и взрослыми, а также по частоте суицидальных попыток. Ее результаты представлены ниже.

Существенно улучшилось общение учащихся со сверстниками и взрослыми. При обсуждении проблемы конфиденциальности особо подчеркивалось, что стремление сообщить о пребывании друга или подруги в состоянии психологического кризиса и необходимости профессиональной помощи не является предательством. Молодежь часто не знает, как обращаться с проблемой конфиденциальности, что становится причиной того, что большинство учащихся не воспринимали советы о том, как поступать с товарищем, находящимся в кризисе.

Кроме того, школьникам разъясняли, что не стоит оставаться наедине со своими проблемами и лучше обратиться за помощью. Главной целью было избавление от стигмы вины и стыда, сопровождающей психологический

кризис и психические расстройства, и уравнивание их с соматическими болезнями. Для развития навыков обращения за помощью ученикам раздавали листовки с информацией о существующих в обществе источниках помощи и способах извлечения пользы из традиционных мер разрешения ситуаций.

В экспериментальной группе отмечалось снижение числа суицидальных попыток по сравнению с контрольной. Тем не менее, для подтверждения позитивных результатов деятельности по суицидальной превенции в США и Швеции необходимо продолжение исследований.

286

Г.шва 32 Данута Вассермап, Вероник Нарбочи. Суицидальная превенция в школах

Самоубийства и суицидальные попытки молодежи можно предотвратить. Результаты двух описанных исследований показали существенное снижение частоты самоубийств и суицидальных попыток. Другими словами, поведение можно менять. Но суицидальные мысли — вероятный показатель особенностей психологического склада и механизмов защиты — изменениям не подвергаются. Таким образом, с помощью образовательных и когнитивных методов можно видоизменять поведение: можно поощрять молодежь к обращению за помощью в трудных ситуациях и осуществлению позитивного выбора при решении возникающих проблем.

О спорности суицидальной превенции в школах

Меры по предотвращению самоубийств в школах очень важно осуществлять аккуратно, осознанно и целенаправленно. Подобная тактика связана с большой опасностью — вместо превенции можно ускорить суицидальное действие, если эти программы будут осуществлять недостаточно подготовленные людьми, обращающие внимание на драматическую сторону и сенсационность проблемы. В образовательных программах для учащихся нередко используют видеоматериалы с рассказами подростков о своих суицидальных попытках или инсценировками драматического события. В этих случаях очень важной является уверенность в том, как воспринимают учащиеся, участвующие в превентивной программе, героев этого фильма (инсценировки). Обратные эффекты различных сиюминутных информационных и образовательных кампаний преподали нам серьезный урок, показав, что мероприятия по превенции суицидов следует проводить в течение длительного времени и с особым вниманием в сочетании с мерами охраны здоровья и предотвращения психических заболеваний (1, 2).

Сотрудничество с профессионалами системы здравоохранения

Суицидальную превенцию в школах следует осуществлять в тесном сотрудничестве с психиатрами, психологами и другими специалистами, которое необходимо для оказания действенной поддержки учащимся, их родителям и школьному персоналу при взаимодействии с суицидальной молодежью. Кроме того, успеху способствует сотрудничество с об-

287

Punk'.i VII. Прсвенапя

щественными структурами, местными властями и медицинскими учреждениями, церковными и добровольческими организациями.

Сотрудничество с родителями

Очень важно помнить, что работу с детьми и подростками в состоянии психологического кризиса при наличии суицидального риска следует проводить в тесном сотрудничестве с родителями и семьей учащегося.

- Рабочая среда школьного персонала

Улучшение и сохранение психического здоровья персонала школ также является очень важной задачей. Учителя несут ответственность за детей, являющихся будущим каждой нации. Для учителей и иного школьного персонала рабочее место может стать враждебным окружением, связанным с

агрессией и иногда с жестокостью. Таким образом, им необходим информационный материал, углубляющий понимание стрессовых ситуаций и обучающий адекватным ответным реакциям на психологическое напряжение и психические заболевания коллег и учащихся. Персоналу школ следует обеспечить доступ к получению поддержки и — при необходимости — лечения.

Библиография

1. Shaffer D., Gould M. Suicide prevention in schools. In: Havvlon K., van Heeringen K. (eds). Suicide and attempted suicide. John Wiley and Sons; 1999:645-- 660.
 2. Wasserman D., Narboni V. Preventing suicide: a resource for school teachers and other school staff. World Health Organization. Geneva. 2000.
 3. Phillips D.P., Carstensen L.L. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. N. Engl. J. Med. 1986; 315:685 689.
 4. Schmidtke A., Hcifer H. The Werthcr effect after television films: new evidence for an old hypothesis. Psycho/. Med. !988; 18:665 676.
 5. Schmidtke A., Schaller S. What do we do about media effects on imitation of suicidal behaviour. In: De Leo D., Schmidtke A., Schaller S. (eds). Suicide prevention: a holistic approach. Dordrecht. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1998:121 137.
 6. Hazell P Adolescent suicide clusters: evidence, mechanisms and prevention. Ausl. N.ZJ Psychiatry. 1993:27:653 665
 7. Esters I G . Cooker P.O., htenbach R.F. Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. Adolescence 1998:33:469 476
- 2XX
- i.meа 32. Данута Вассерман, Вероник Нирпони Суицидальная превенция в школах
- H. Zenere F.J., Lazarus P.J. The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. Suicide Life Threat. Beluiv. 1997; 27:387 402.
9. Ahlner B., Hitilingsdotier Bengtsson E. Menially preventive health-care - a teaching material in life competence. Taby: Sama forlag AB; 1996. 289

О редакторе

Данута Вассерман (докюр медицины и философии) — профессор психиатрии и суицидологии Национального Института психосоциальной медицины в Каролинском Институте Стокгольма (Швеция), директор Шведского национального центра исследования суицидов и профилактики психических заболеваний, сотрудничающего с ВОЗ. С 2002 года Данута Вассерман возглавляет научный департамент общественного здоровья Каролинского Института. Она имеет богатый и многолетний опыт клинической работы с депрессивными и суицидальными пациентами.

Данута Вассерман изучала медицину и психологию в Университете Упсалы. Она получила специализацию в области психиатрии и защитила докторскую диссертацию в Каролинском Институте в Стокгольме. Кроме того, она прошла подготовку в области психоанализа в Шведском психоаналитическом институте.

Исследования профессора Вассерман основаны на междисциплинарном подходе, сочетающем психодинамические, психиатрические и генетические аспекты суицидального поведения. Особый интерес в ее исследованиях представляет изучение суицидальной коммуникации и реакций ближайших членов семьи и лиц, обеспечивающих наблюдение за суицидентами, а также

исследование психологических проблем у пациентов и персонала, возникающих в процессе лечения. Она отмечает, что в ходе лечения очень важно учитывать специфический характер общения суицидальных пациентов (который часто неверно трактуется родственниками и медицинским персоналом как проявление силы и уверенности), их суицидальных мыслей и механизмов психологической защиты.

Несмотря на большие позитивные возможности индивидуальной психофармакотерапии, неудачный результат лечения часто является итогом отношения врача к суицидальному пациенту и ответной реакции пациента, а также сложностей в управлении процессом лечения, возникающих у врача и медицинского персонала. Межличностные отноше-

290

О редакторе

ния суицидального пациента с лечащим врачом или психотерапевтом, а также ближайшими, значимыми людьми имеют решающее значение в том, останется ли суицидальный пациент в живых.

Деятельность Шведского национального центра исследования суицидов и профилактики психических заболеваний, основанного профессором Вассерман в 1993 году, осуществляется по четырём основным направлениям: создание и разработка новых методов превенции самоубийств, эпидемиологические исследования, наблюдение, информационная и обучающая деятельность. Особым приоритетом пользуются проекты, направленные на внедрение новых мер превенции самоубийств среди молодежи. Исследователи Центра принимают участие в международных проектах.

Профессор Вассерман — член Международной академии исследования суицидов, Международной ассоциации превенции самоубийств, Американской академии суицидологии, Американского фонда превенции самоубийств, Международной психоаналитической ассоциации и ряда психиатрических ассоциаций. В 1993 году она стала обладательницей премии Штенгеля, присуждаемой Международной ассоциацией превенции самоубийств за исследования в области превенции самоубийств, а также награды Шведского медицинского общества.

291

Об авторах

i

Алан Алтер

Доктор медицины, профессор и руководитель отделения психиатрии медицинской школы Саклера в Тель-Авиве (Израиль). Директор Центра исследований детства Фейнберга и заведующий психиатрическим отделением детской больницы Шнейдера в Израиле. Основные сферы исследований профессора Алтера включают генетику и нейро-биологию самоубийств, психологическую аутопсию суицидов в подростковом возрасте и самоубийства у подростков, страдающих психическими заболеваниями.

Виктория Аранго

Доктор Виктория Аранго является адъюнкт-профессором отделения психиатрии Психиатрического института штата Нью-Йорк при Колумбийском Университете. Ее исследования касаются изучения моно-аминергических систем мозга у жертв самоубийств и изменений этих рецепторных систем при алкогольной зависимости.

Пер Бек

Доктор медицины, профессор психиатрии и глава отдела психиатрических исследований Центра по сотрудничеству с ВОЗ в больнице Фредериксборг (Дания). В 1983 году за исследования по использованию оценочных шкал был награжден премией Анны Моники, в 1991 году — премией Дуфара за борьбу с депрессией и в 1997 году — наградой качества жизни Мелника Основные

интересы профессора Бека — психометрия, депрессия и качество жизни.

Хозе М. Бертолотте

Доктор медицины, координатор Управления по психическим заболеваниям и мозговым расстройствам Всемирной организации здравоохранения в Женеве (Швейцария), где он отвечает за глобальную инициативу этой организации по превенции самоубийств (SUPRE). Доктор Бертолотте также является адъюнкт-профессором отделения психогериатрии Университета Лозанны (Швейцария)

292

Об авторах

Айри Вярник

Доктор медицины и философии, профессор социальной психиатрии Тартуского университета, в котором получила специализацию по психиатрии. Ее первая докторская диссертация, защищенная в Психоневрологическом институте им. Бехтерева (Санкт-Петербург), была посвящена пресенильным психозам, а вторая диссертация, защищенная в Каролинском Институте в Стокгольме (Швеция) — эпидемиологии самоубийств в бывшем СССР Основатель и директор Эстонско-Шведского института суицидологии в Таллинне

Эдвард Дж. Данн

Доктор философии, частнопрактикующий клинический психолог в Нью-Йорке. Старший член факультета Института семьи Акермана, где руководит клиникой для семей геев и лесбиянок Он был президентом Американской ассоциации суицидологии (2000-2001) и председателем ее отделения для родственников самоубийц. Он является консультантом нескольких групп самопомощи для них в Нью-Йорке За свою работу с лицами, пережившими самоубийство близкого человека, в 1999 году доктор Данн был удостоен Международной ассоциацией превенции самоубийств и кризисной интервенции награды Нормана Фарбероу.

Карен Данн-Максим

Дипломированная медицинская сестра, международный эксперт по темам, связанным с лицами, пережившими самоубийство близкого человека Координатор проектов по суицидальной превенции в Университете медицины и стоматологии Нью-Джерси в Пискатавей (Нью-Джерси) Разработала новаторские модели, отвечающие специфическим потребностям семей и школ после совершения самоубийств, а также была пионером в сфере публичного освещения этой формы смерти и дестигматизации самоубийства. В 1990 году была удостоена Американским фондом превенции самоубийств награды Палома, в 1992 году — высшей премии Университета медицины и стоматологии Нью-Джерси, в 1999 году — награды Нормана Фарбероу от Международной ассоциации превенции самоубийств и кризисной интервенции.

Диего Де Лео

Доктор медицины, профессор психиатрии и суицидологии Университета Гриффита в Брисбене (Австралия), где он также руководит Австралийским Институтом исследований и превенции самоубийств. В 1999—2003 годах являлся прешденю Международной ассоциации превенции самоубийств, был президентом Международной академии ис-

293

Напрасная с мср/нь причины и профилактика самоубийств следований самоубийс! is. В 1991 году профессор де Лео был удостоен награды Штенгеля за научные исследования в области суицидологии.

Юко Лёнквист

Докюр медицины, профессор и директор департамента психического здоровья и исследований алкоголчма Национального института общественного здоровья в Хельсинки (Финляндия). Главные направления его исследований — саморазрушающее поведение и предотвращение самоубийств, злоупотребление психоактивными веществами, психиатрическая генетика и

эпидемиология. В 1981 году профессор Лёнквист получил исследовательскую награду Штенгеля, а в 2003 году удостоен исследовательской премии Американского фонда превенции самоубийств.

Антон Линарс

Доктор философии, частнопрактикующий клинический психолог в Виндзоре (Канада), в настоящее время — член факультета научного департамента общественного здоровья Каролинского Института в Стокгольме (Швеция). Он был первым президентом Канадской ассоциации превенции самоубийств и одним из президентов Американской ассоциации суицидологии. Опубликовал десять монографий; является главным редактором журнала «Архив исследований самоубийств». За научные исследования в суицидологии доктор Линарс получил награду Канадской ассоциации превенции самоубийств и премию Эдвина Шнейдмана Американской ассоциации суицидологии, а в 2001 году был удостоен исследовательской награды Международной ассоциации превенции самоубийств и кризисной интервенции.

Дж. Джон Манн

Доктор медицины, руководитель департамента неврологических наук Психиатрического института штата Нью-Йорк и профессор психиатрии и радиологии медицинского колледжа Колумбийского Университета. Цели исследований профессора Манна — использование визуализации функций мозга, методов нейрохимии и молекулярной генетики для изучения причин депрессии и самоубийств. Он является главой Центра изучения суицидального поведения, основанного Национальным Институтым психического здоровья при Колумбийском университете, главой Центра Фонда Стенли по применению неврологических наук при биполярных расстройствах и Американского фонда превенции самоубийств. Профессор Джон Манн — редактор девяти монографий по проблемам самоубийств и психических расстройств.

294

Об авторах

Ларе Мелум

Доктор медицины и философии, профессор психиатрии и суицидологии Университета Осло, основатель и руководитель Норвежского национального центра исследований и превенции самоубийств. Исследования доктора Мелума касаются суицидального поведения у молодёжи, больных с расстройствами личности и шизофренией и исходов лечения после суицидальных попыток. Он является советником по стратегиям превенции самоубийств на национальном и международном уровне. В 2003 году был избран президентом Международной ассоциации превенции самоубийств и кризисной интервенции. Эта организация в прошлом удостоила его награды Рингеля. В 1995 году получил золотую медаль короля Норвегии.

Гайа Менегел

Гайа Менегел получила медицинский диплом в 1996 году, специализировалась по психиатрии и психотерапии в 2000 году в Университете Падуи (Италия). Постоянно сотрудничает как клиницист и исследователь с Центром ВОЗ по превенции самоубийств и психогериатрической службой отделения психиатрии и неврологии в Университете Падуи.

Ханс-Юрген Мёллер

Профессор психиатрии и руководитель отделения психиатрии Университета Людвиг-Максимилиана в Мюнхене (Германия). Главные области его исследований: методология клинических исследований в психиатрии, биологическая психиатрия депрессии, самоубийства и шизофрении, клиническая психофармакология и психогериатрия. Он имеет множество публикаций и является главным редактором «Всемирного журнала биологической психиатрии», а также редактором и членом редакционных коллегий нескольких национальных и международных психиатрических

журналов. Был президентом Всемирной федерации биологической психиатрии.

Илкка Хенрик Мякинен

Доктор философии, социолог. В настоящее время — исследователь в Университетском колледже Южного Стокгольма. В своей докторской диссертации исследовал самоубийства в европейских странах, уделяя особое внимание их эпидемиологии и социологии, а также роли социальных установок, законов и исторических условий, связанных с этой формой смерти.

295

Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств

Вероник Нарбони

Доктор медицины, приглашенный исследователь Национального центра исследований и превенции самоубийств в Каролинском Институте в Стокгольме (Швеция). Ранее участвовала в подготовке обучающих материалов для психиатров по улучшению качества жизни больных аффективными расстройствами. Сфера исследований доктора Нарбони — влияние образовательных программ на установки и поведение врачей общей практики с особым акцентом на предотвращение самоубийств.

Андерс Нимеус

Доктор медицины и философии, психиатр, в 1994—2001 годах — глава отделения по исследованию самоубийств в Лунде (Швеция). В настоящее время отвечает за психиатрическое образование на медицинском факультете Университета Лунда. Его основные исследования касаются клинической ценности психиатрических оценочных шкал, особенно шкал, выявляющих риск суицидального поведения.

Лиз Раабек Ольсен

Доктор медицины, работает в отделе психиатрических исследований больницы Фридериксборг в Хиллероде (Дания). Основные сферы ее исследований — психиатрия, депрессия, дистресс и использование опросников.

Нильс Реттерстоль

Доктор медицины, заслуженный профессор психиатрии Университета Осло, в прошлом — глава Гаустадской больницы в Осло. Его исследования касаются изучения наркомании, параноидных расстройств и методов последующего наблюдения лиц, предпринявших суицидальную попытку. В 1988—1991 годах был президентом Международной ассоциации превенции самоубийств. Почетный член этой организации; в 1999 году был удостоен ее награды в знак признания своих трудов.

Алек Рой

Доктор медицины, профессор психиатрии медицинской школы Нью-Джерси. Основные направления исследований: суицидология, в особенности факторы риска, генетика, алкогольная и наркотическая зависимость, шизофрения, депрессия и превенция самоубийств. Получил награду Луиса Дублина Американской ассоциации суицидологии, а в 1999 году — исследовательскую награду Шгенгеля Международной ассоциации превенции самоубийств.

296

Об авторах

Вольфганг Рутц

Адъюнкт-профессор; диплом врача получил в Университете Вюрцбурга, а степень доктора философии — в Университете Линкопинга (Швеция). В течение многих лет был руководителем психиатрической службы острова Готланд и активно участвовал в развитии служб психического здоровья в Швеции, других скандинавских и балтийских странах. В течение последнего десятилетия его исследования в основном касались предотвращения и мониторинга депрессивных состояний и суицидальности. В 1998 году был назначен региональным советником по психическому здоровью в Европейском региональном бюро ВОЗ в Копенгагене.

Пол М. Солковскис

Профессор когнитивной психологии Оксфордского Университета, почетный консультант по клинической психологии отделения психического здоровья в Оксфорде. В 1990 году сотрудничал в проводимых в больнице города Лидс контролируемых исследованиях по применению когнитивно-бихевиоральной терапии в случаях повторных суицидальных попыток. В октябре 2000 года получил пост в Институте психиатрии в Лондоне.

Жан-Пьер Субрийе

Доктор медицины, заслуженный профессор Медицинского колледжа и главный психиатр университетской больницы Кочин (Париж). Член Международного комитета ВОЗ по предотвращению и исследованию самоубийств, представитель Франции в Европейской сети ВОЗ по превенции самоубийств. Исследовательская карьера началась в 1965 году в Центре превенции самоубийств в Лос-Анджелесе. Основатель Фонда превенции самоубийств Франции и бывший президент Международной ассоциации превенции самоубийств. Председатель секции суицидологии Всемирной психиатрической ассоциации (2002). Среди наград следует отметить Серебряную медаль медицинского факультета, Париж (1965); исследовательскую награду Штенгеля (1981); ежегодную награду Национальной медицинской академии Франции (1985). Профессор Субрийе — редактор от Европы журнала «Самоубийство и угрожающее жизни поведение» (США) и член редакционного совета журнала Международной Ассоциации превенции самоубийств «Кризис».

Ян Фосетт

Доктор медицины, профессор. В настоящее время — профессор психиатрии Университета Нью-Мексико и медицинской школы в Альбукерке (Нью-Мексико). Ранее руководил отделением психиатрии в

297

Напрасная счесть причины и профилактика самоубийств

Пресвитерианском медицинском центре Святого Луки Выпускник медицинского факультета Йелльского университета. Специализацию по психиатрии получил в Нейропсихиатрическом институте Ленгли Портера и Медицинском центре Университета Рочестера. Исследовательская карьера профессора Фосетта началась в Клиническом центре Национального института психического здоровья в Бетезде (Мэриленд), где он участвовал в исследованиях биомедицинских аспектов депрессии и самоубийства. В 1966 году с целью изучения фармакологии и биохимии депрессии, а также прогнозирования и предотвращения самоубийств, он основал отдел исследования депрессии в Психиатрическом институте штата Иллинойс в Чикаго В 2000 году Американским фондом превенции самоубийств профессор Фосетт был представлен к премии за достижения в профессиональной карьере.

Сильвия Шаллер

Доктор философии, медицинский психолог и психотерапевт. Заместитель руководителя амбулаторной службы Института Отте Зельтц Университета Мангейма (Германия), в котором она также является лектором факультета социальных наук и лектором и супервизором по бихевиоральной терапии. Сфера исследовательских интересов включает бихевиоральную терапию, самоубийство, установки в отношении асси-стированного суицида у пожилых, а также влияние средств массовой информации и расстройств личности на суицидальное поведение.

Армии Шмитке

Доктор философии, профессор, клинический психолог и психотерапевт. Лектор факультета философии и глава отделения клинической психологии в психиатрической и психотерапевтической клинике Университета Вюрцбурга (Германия). Профессор Шмитке был президентом Международной академии

исследований самоубийств и некоторое время — советником по суицидологии ВОЗ. В 1998 году был удостоен первой награды Ханса-Роста Немецкой ассоциации превенции самоубийств, а в 1997 году стал обладателем исследовательской награды Штенгеля от Международной ассоциации превенции самоубийств. Исследовательские интересы профессора Шмитке затрагивают бихевиоральную терапию, статистику самоубийств, эпидемиологию и влияние средств массовой информации на суицидальное поведение.

29S

Предметный указатель

агрессия

серслонинер1 ическая функция 52

реакции на самоубийство 249

суицидальное общение 40, 67—68 адаптационное расстройство 87—88

амбивалентность 137—138, 161

пациентов и персонала 159, 248—

249

суицидальной коммуникации

41—42, 68, 137—138 амбулаторное лечение 145—146 ананкастическая

личность 100 ангидеирессанты 60, 61, 71—72, 79, 94, 186—190, 204—205, 228

— 229, 237

антипсихотические нейролептики 92—94, 103, 144. 189—190, 229

антисоциальная личность 98

беженцы 127 безнадежность 136, 144, 267

психометрические шкалы 166—

169

безработица 56, 115 — 116 бензодиазепины 187—188, 205 биология

самоубийства 28—35, 47—53

в пожилом возрасте 214—215

при депрессии 34, 47—48, 78

при расщеплении личности 102

при гомосексуальности 34, 76--77 биполярное расстройство 58

коморбидность 59

лечение 188, 204—205

нейробиология 47

оценка суицидального риска 152

у подростков 196

у пожилых людей 212

больница

временная выписка (лечебный отпуск) 127, 154

выписка 128, 153. 145—146, 156, 203—204

длительность госпитализации 244 и совершившие суицидальные попытки 143

—147, 153—154 неотложная госпитализация 244 оценка суицидального риска

153—154, 156

самоубийство в клинике 246, 278 риск госпитализации 127 суицидальные

действия у подростков 201—203 участие семьи 256

булимия 82—84

вина 133, 219—220, 260—261 ВИЧ-инфекция 107, 111 война 131 возрастные

факторы

депрессия 54—55. 60, 69, 144—145

злоупотребление психоактивными

веществами 66, 69

кризисы 130

негативные события жизни 125—

126

299

Напрасная смерть причины и профилактика самоубийств
 суицидальные попытки 140, 144, 145
 уровни самоубийств 21—23
 частота самоубийств 23—25, 209—210
 врачи общей практики в суицидальной превенции 215—216, 233—239
 обращения перед совершением суицидального действия 59, 70, 72—73
 работа в команде 241, 245—246
 связь с психиатрами 242—244
 Всемирная организация здравоохранения
 данные о самоубийствах 17—21, 140
 сообщения средств массовой информации 272, 277—278
 суицидальная превенция 220, 270—271, 272
 тендерные различия при злоупотреблениях психоактивными веществами 66, 69, 70, 72, 266—267
 при негативных событиях жизни 125, 126, 128
 в предсуицидальных обращениях за медицинской помощью 59
 при биполярных состояниях 58
 при депрессии 54—55, 56, 59, 61, 69, 237—239
 при расстройствах пищевого поведения 82—83
 при самоубийствах у подростков 25, 192—193, 200—201
 при самоубийствах у пожилых 23, 25, 209—210, 213—216
 при суицидальных попытках 140, 144—145, 192—193, 200—201
 уровней самоубийств 18—20, 21—23, 209, 264—266
 социальных условий 115—120
 частота самоубийств 23—25, 210
 генетические факторы 34, 50
 злоупотребления психоактивными веществами 72
 как показатели уязвимости 50
 норадренергическая система 32—33, 101—102
 серотонинергическая система 49, 50—52
 гнев 135—136
 годовщины 129
 гомосексуальность 128, 194
 горе 216, 259—260, 261—262
 Готландское исследование 233—237
 деменция 107, 212
 депрессия 54—55
 биполярные состояния — см. биполярное расстройство в пожилом возрасте 55, 59, 212—f 213 *~
 дистимия 57—58, 152, 186—187
 злоупотребление психоактивными веществами 59, 69, 71—72, 73—74
 использование антидепрессантов для самоубийства 60
 история болезни 61—63
 коморбидность 55, 59
 лечение 59, 60—61, 188—189, . 226—228
 нейробиология 34, 47—48, 78
 оценка суицидального риска 152, 166, 167, 186 300
 Предметный указатель
 психометрические шкалы 163, 165, 166, 167
 скрытая 57, 59, 62, 236, 242
 у мужчин 54, 55, 56—57, 59, 60—63, 236—239
 у подростков 54—55, 69, 145,

194,195—196, 198,282 дети, самоубийство родителей 261—262
диалектическая бихевиоральная терапия 172, 177—178, 181, 229 дистимия 57—58, 152, 186—187 дофаминергическая система 30, 78
завершенное самоубийство
биологические корреляты 50—52
пережившие его родственники
126—127,216, 258—263 заключенные 130 занятость 118—120, 128
выход на пенсию 214, 215
и депрессия у мужчин 56
насильственные действия на
работе 130—131
типы профессий 125 защитные факторы
у пожилых 210
и суицидальный процесс 37—39,
44—45 злоупотребление алкоголем 65
в пожилом возрасте 66, 67, 212—
214
коморбидность 55, 56, 59, 69,
72—74, 83
лечение 69—72
суицидальная превенция 264 -268
суицидальный процесс 67 -69
суицидальный риск 66—67
у подростков 198
эпидемиология 65—66 злоупотребление психоактивными веществами 65
в пожилом возрасте 66, 212
история болезни 73—74
коморбидность 55, 59, 69, 72—73,
83,94, 197, 198
при расстройствах пищевого
поведения 83
при шизофрении 94, 197—198
суицидальная превенция 264—268
суицидальный процесс 67—69
суицидальный риск 66—67,
152—153
у подростков 69, 194, 195, 197—
198
эпидемиология 65—66
иммиграция 120—121, 127
импульсивность 52, 198—199
ингибиторы моноаминооксидазы
103, 187
инстинкт смерти 200
ипохондрия 107
исследовательские программы
224—225
истерическая личность 83, 99, 103,
187
когнитивно-бихевиоральная терапия 171 — 172, 175—177
навыки разрешения проблем
175—176
при суицидальных попытках
172—173
сочетание с медикаментозным
лечением 182

301

Напрасная смерть причины и профилактика самоубийств

эффективное 176—177, 181, 229 контроль над огнестрельным оружием 271

конгрперенос 160—161, 248—249 культуральные факторы 121 —122 брак 117—

118 защитные факторы 44 злоупотребление алкоголем 72 миграция 120—121

отношение к самоубийству 223— 225, 256, 257, 283 расстройства пищевого поведения 82—83

самоубийства у пожилых 211—212 суицидальный процесс 36—38

лечение литием 61, 189, 204, 228— 229, 237

линии неотложной телефонной помощи 215—216, 230, 231

межличностная терапия 179—180

миграция 120—121, 127

модель стресс-уязвимости 28—29

защитные факторы 36—39, 44—45

коммуникация 39—42

нейробиология самоубийства

28—35, 47—53

суицидальный процесс 36—39, 43 моноаминергическая система 188

навыки решения проблем 173—

182, 203

нарциссическая личность 99

нарциссическая травма 131, 135, 201

национальные уровни самоубийств

17, 18—20, 21—23, 24—25, 120—

122

и потребление алкоголя 264—267

суицидальные попытки 140

у пожилых 209, 211 <

невербальная коммуникация 41 невротические расстройства, фармакотерапия

186—187 нейробиология самоубийства 28— 35, 47—53

депрессия 34, 48, 78

при расстройствах личности 48,

101 — 102

тревога 34, 77, 78

у пожилых 214—215 нейролептическая терапия 229 нервная анорексия 82

нораднергическая система 28—33, 78, 101—102

образование it

ситуации риска 128 ;■

суицидальная превенция 281— 288

обсессивно-компульсивное расстройство 83, 187 отношения врача и пациента

(терапевтические отношения) t 158—162, 243

оценка суицидального риска , 154—156, 161

терапевтический альянс 142, 144С 173

у подростков 201 отравления(преднамеренные) антидепрессантами 60

контроль ядовитых веществ 270—271

контроль доступности лекарственных препаратов 272—273

302

Предметный указатель

у подростков 192—193 отчаяние 136

паническое расстройство 76

парадоксальное поведение 136—

137

парасуициды — см. суицидальные

попытки

парафрения 212

перенос 158
перестройка 264—267
предик юры самоубийства 140—
141, 150—151
персонал сферы здравоохранения в помощи пожилым людям 215— 216
в суицидальной превенции 215— 216, 219—220, 221—222, 233— 239
групповая динамика 127 и имитация суицидального поведения (суицидальные
кластеры) 278—279
обращения перед совершением суицидального действия 59, 70. 72—73
условия работы 248—253 обучение 233—239, 242—243, 246, 252
оценка суицидального риска 149—150, 154—156, 161 — 162 поддержка
персонала 250— 252 программы суицидальной превенции в школах 287—288
работ в команде 240—246 реакции на суицидальные действия 106, 127—128,
160—161. 246, 248-249 самоосознание 161
уровни самоубийств 125 поведенческая(бихевиоральная) терапия 171 — 173,
177—178, 181, 229. 230 пограничная личность 97—98
коморбидность 83
лечение 103— 104, 176—177, 187
у подростков 194 пожилые люди 209
адаптационное расстройство 87—
88
безработица 119
деменция 212
депрессия 54, 59, 212—214
злоупотребление психоактивными
веществами 67—68, 211
история болезни 217
оценка суицидального риска
150—151, 211
расстройств личности 212
соматическая болезнь 110—111,
213, 215
суицидальная превенция 215—
216, 231
суицидальные попытки 144, 210
тревожные расстройства 212
психопатология 55, 59, 87, 212,
215
факторы риска 212—215, 216
эпидемиология самоубийств 23,
25, 209—210 психиатры
контакт с родственниками 245,
258—260
консультации перед совершением
суицидального действия 59
отсылки к ним 243—244
оценка суицидального риска 149, 154—156. 161 — 162
303
Напрасная смерть причины и профилактика самоубийств
работа в команде 240-246
самоосознание 160—161
условия работы 248—253 психические расе тройства
адаптационное расстройство 87—
89
и имитация суицидального
поведения 276—277

и сообщения средств массовой информации 277
коморбидное с соматическими заболеваниями 107—109
нейробиология 34--35, 47—48, 49, 50—52
отношение окружающих 223—224, 256—258, 283
оценка суицидального риска 151 — 152
расстройства пищевого поведения 55, 82—86, 198
суицидальная превенция 220—223, 226—231, 281—283
у подростков 182—198
у пожилых 54—55, 59, 67, 87, 212—213, 215—216
факторы риска 126—128 психоаналитическая теория 200 психологическая аутопсия 252
оценка суицидального риска 109—110
у пожилых 212
психологическая травма 130—131 психометрические шкалы 147—156
психотерапия 171- 172.229 -230
депрессии 60 -61, 179,234
и отношения врача и пациента 142—143, 144. 158 - 162, 172 — 173
и фармакотерапия 182
лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами 71 лиц, совершивших суицидальные попытки 142—143, 144, 145 — 146, 172 — 182, 229—230
расстройств пищевого поведения 83—84
семей, переживших самоубийство 261—262
расстройств личное 1 и 103 -104, 177, 229
у подростков 202, 204 шизофрении 93
эффективность 176—177, 178— 179, 180,229—230 психотические состояния 94
и оценка суицидального риска 152 лечение 93—94, 189—190 нейробиология 48—49 при шизофрении 49, 59, 90—95, 189—190, 197—198, 212, 228—229 у лиц, совершивших суицидальные попытки 146—147 у подростков 196—197 у пожилых 212
рак 107, 108, 110,213
развитие в детском возрасте 13!, 133 защитные факторы 44 злоупотребление психоактивными веществами 68
нейробиология 29,31,32,33 —35 расстройства личное!и 100—101, 103
рассеянный склероз 107, 111
расстройства личности 97 — 104 коморбидность83, 103 нейробиология 50, 101 -102 оценка суицидального риска 152
304
Предметный указатель
психотерапия 103, 177, 229 у лиц, совершивших суицидальные попытки 145 у подростков 97, 145, 194—195 у пожилых 212 фармакотерапия 103, 186—187
расстройства пищевого поведения 55, 82—86, 198
религия 121 — 122, 169
самоубийство у детей
депрессия 195—196, 282
лечение 202—203

превенция 223—224
суицидальные попытки 140
шизофрения 197—198 самоубийство у подростков
история болезни 205—207
имитация (кластеры) 276
личностные расстройства 97—98,
145
оценка риска 201—202
превенция 202—205, 223—225,
281—288
при психических расстройствах
194—198
причины роста суицидов 193—
194
программы превенции в школах
281—288
психодинамические аспекты
200—201
психологические черты 198- 199
роль событий жизни 125, 128
суицидальные попытки 140, 145,
192—207. 285 -286
факторы риска 194—195
эпидемиология 23, 192—193 сезонные факторы 129, 235
сексуальная идентичность 128, 194 сексуальное насилие 131 селективные
ингибиторы обратного захвата серотонина 228 семейное положение 117—118
и оценка суицидального риска
151 — 152
у лиц, совершивших суицидальную попытку 144
у пожилых 213— 214 семья 38, 117—118
безработица 119
контакт с родственниками 245,
251,258—260
действия по спасению жизни
42—43
защитные факторы 44—45
значение суицидальной превенции 254—258
культуральный фактор 257—258
и пожилые люди 211,213—214,216
лечение шизофрении 94
лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами 67—69, 71.
257
лиц, совершивших суицидальные
попытки 144, 145
нейробиология 48—49
оценка суицидального риска 149,
150—151
парадоксальное поведение 136—
137
роль после выписки 156
роль психиатра 245
самоубийства у подростков 202
ситуации риска 126 —129, 131,
133, 135—136, 137
суицидальное общение 40—42,
67—68. 108

305

Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств

функциональное ib 118, 131. 133

серотонинергическая система 29—

33

синдром приобретенного иммунодефицита 107, 111

система кортизола 31

скрытая депрессия 57, 59. 62, 236, 242

события жизни 124- -131 и адаптационное расстройство 87—89

и расстройства личности 102 нейробиология 29, 30—31, 34— 35, 102

опыт 133—138 оценка суицидального риска 151—152

у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами 67—68 у пожилых 125, 130, 213—214, 216

соматические заболевания 106—

112, 127, 128

коморбидность 59, 107—109 у пожилых 107, 212—213, 215 участие семьи 256—257 скрытая депрессия 57, 62, 242 суицидальный риск 107, 153

сообщения средств массовой

информации 272, 276

социальные факторы и отношения

38, 114—117

аутодеструктивное поведение 116 важность 115—117 действия, сохраняющие жизнь 42—43

занятость 56, 118—120, 128 защитные факторы 44—45 межличностная терапия 179—180 миграция 120—121. 127

отношения в семье 117—118

оценка суицидального риска

149—150, 150—151

парадоксальное поведение 136—

137

при суицидальных попытках 144,

192

ситуации риска 68, 72, 126—130,

130—131, 136—137

суицидальная коммуникация 39—

41

суицидальный процесс 38

у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами 67—68,

71, 72

у пожилых 211, 213— 214, 215—

216, 230—231 способы самоубийства 26

антидепрессанты 60

контроль 270—274

у подростков 192, 198

у пожилых 144, 210 стихийные бедствия 131 стратегии совладания 32

защитные факторы 44—45

негативные события жизни 131 стыд 134, 220, 256, 260 суицидальная коммуникация 39— 42

амбивалентность 41—42, 67—68,"

137—138

и табу на самоубийство 220

оценка суицидального риска 150,

151

при адаптационных расстройствах 87—89

при скрытой депрессии 57. 59,

61 -63

при соматической болезни 108

306

\

Предметный указатель

у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами 68 у пожилых 210, 215—216

суицидальное поведение 35—36 имитация 276—279 нейробиология 47—53 программы суицидальной превенции в школах 282—287 психометрические шкалы 163—169

сообщения средств массовой информации 272, 276, 277—278 у пожилых 210—211

суицидальная превенция 226 врачи общей практики 215—216, 233—239

генетические факторы 33—34 и потребление алкоголя 264—268 и психотерапия 229—230 и фармакотерапия 227—228, 237 и участие семьи 254—258 обучение персонала 233—239, 241—243, 246, 252 отношение 221, 223—224, 242, 248—250, 255—256, 257, 283 при депрессии 60—61, 226—228, 233—239

при расстройствах личности 104 при соматической болезни 110—111

при шизофрении 93—94 программы в школах 281—288 стратегии 221 табу 219—220 у пожилых 214—216 факторы окружающей среды 224, 270—271 эпидемиология 26—27

суицидальные кластеры 276—279

суицидальные мысли (мышление) диалектическая бихевиоральная терапия 177

и антидепрессанты 227—228 и суицидальный процесс 36—39 классификация 35—36 оценка суицидального риска 152, 154—155

поддерживающие факторы 173 превентивное участие семьи 256

психометрические шкалы 163, 166 серотонинергическая система 51—52

у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами 67—69, 266—267 у пожилых 210, 215

суицидальные попытки 35—36 биологические корреляты 49 генетические корреляты 50 и агрессия 52

имитация (кластеры) 276—277 импульсивность 52 контакты с родственниками 251 неотложная госпитализация 244—245

психометрические шкалы 163—166

психотерапия 142, 143—144, 145—146, 172—180, 229—230 программы

суицидальной превенции в школах 285—286 суицидальный процесс 36—37

суицидальный риск 140—146, 153, 154, 163—165 у подростков 140, 145, 192—207, 286, 287

суицидальный процесс 36—39,

43—45

307

Напрасная смерть причины и профилактика самоубийств

долговременное лечение 229—230, 245

оценка суицидального риска 150 соматическая болезнь 107—109 у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами 67—69 феномен нарастания

150 суицидальный риск в семье, пережившей самоубийство 261

оценка 149—156, 161—162, 163—169

при аффективных расстройствах 54, 58, 59, 60, 150 при злоупотреблении психоактивными веществами 66—67, 152—153

при расстройствах личности 102 при соматической болезни 107, 153 при суицидальных попытках 140—147, 153—154 при тревожных расстройствах 76—79, 80

психометрические шкалы 163—169 при шизофрении 91—92 социальные сети 115—117 у подростков 201—202

табу 220

терапевтический альянс 143—144,
 172—173
 тирозин-гидроксилаза 32, 101—102
 травматические события 103, 130—
 131
 тревожные расстройства 76—77
 биологическая уязвимость 34, 78
 в пожилом возрасте 212
 история случая 62—63
 коморбидность 59, 78, 62--63
 лечение 79—81, 186—187
 симптомы 77
 суицидальный риск 76—79
 у подростков 199 трициклические антидепрессанты 60, 94, 187, 188, 204—205
 тюремное заключение 130
 умственная отсталость 107 уровни самоубийств 17--23 и потребление алкоголя
 264—268 и праздники 129
 при аффективных расстройствах 54, 59
 при расстройствах пищевого поведения 82—83 суицидальных попыток 140
 факторы окружающей среды 125 у лиц, злоупотребляющих психоактивными
 веществами 66 у подростков 192—193 у пожилых 209, 211
 факторы и ситуации риска 36—39
 биологические корреляты 47—52
 генетические корреляты 50
 при самоубийствах у подростков
 194—195
 при суицидальных попытках
 140—146
 психотические состояния 90—92,
 94
 события жизни — см. события
 жизни
 соматическая болезнь 107—109
 у пожилых 212 —214 факторы окружающей среды
 в суицидальной превенции 224.
 270--274
 308
 Предметный указатель
 и суицидальный процесс 38, 45 фармакотерапия 185 аномальных реакций на
 стресс 186
 депрессии 186—189, 190, 226—228, 235, 237
 как средство самоубийства 60, 272—273
 контроль доступности 272—273 лиц, совершивших суицидальные попытки 144,
 145—146 при рассеянном склерозе 107 при расстройствах личности 103, 187
 сочетание с психотерапией 182 при злоупотреблении психоактивными
 веществами 71—72 при шизофрении 92—93, 189—190
 тревожных расстройств 79—81, 186—187
 у подростков 204—205 у пожилых 217 физическая травма 130—131
 финансовые факторы 128, 215
 черты личности
 и норадренергическая система 32, 101—102 и суицидальный процесс 36—37,
 38
 шизоаффективные расстройства 94,
 197
 шизогипическая личность 103
 шизофрения 90—95 коморбидность с депрессией 59, 90, 91 — 92, 94—95, 189 -

190, 197

коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами 94, 198
лечение 93—94, 189-190, 229 нейробиология 49 у подростков 197—198 у
пожилых 212

шкала безнадежности Бека 167 шкала «грустные люди» 165 шкала оценки
депрессии Гамильтона 167

шкала «Индекс благополучия ВОЗ» 168

шкала оценки риска после суицидальной попытки 164 шкала «Индекс
потенциального суицида» Зунга 169 шкала риска повторных суицидальных
действий 164 шкала суицидального мышления 166

электросудорожная терапия 61,
144, 188—189

эмиграция 120, 127

эмпатия 41

эпидемиология самоубийства

и расстройства личности 67

и соматическая болезнь 107

и суицидальная превенция 26— 27

информационные источники 17

методы 26

негативные события жизни 125—
126

по странам мира 17, 18—20, 21 —
23, 24. 122, 211

при аффективных расстройствах
54, 58

309

Напрасная смерть' причины и профилактика самоубийств

при злоупотреблении алкоголем 264—268

при злоупотреблении психоактивными веществами 66—67, 264— 268

при расстройствах пищевого поведения 82—83 при шизофрении 90
суицидальные попытки 140 частота самоубийств 23—25

юридические проблемы 130 ярость 98, 135—136

310

Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств

Оригинал-макет подготовлен в издательстве «Смысл»

Корректор Т.П.Толстова Компьютерная верстка Д.В. Чекалина

Подписано в печать 15.01.2005. Формат 60х84/16. Бумага офсетная. Гарнитура
TimesET. Печать офсетная. Усл.печ.л. 19,4. Тираж 1500. Заказ 15

Лицензия ИД № 04850 от 28.05.2001 Издательство «Смысл» (ООО НПФ
«Смысл»)

103050, Москва-50, а/я 158

тел./факс (095) 195-37-13, (095) 195-03-08

e-mail: smysl@smysl.ru

<http://www.smysl.ru>

Отпечатано на фабрике офсетной печати Обнинск, ул. Королева, 6